



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

Abordagem da Pessoa Vítima de Trauma em Idade Pediátrica: Intervenção Especializada de Enfermagem

Nuno Filipe Silvestre Marques Pedro

2012





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

Abordagem da Pessoa Vítima de Trauma em Idade Pediátrica: Intervenção Especializada de Enfermagem

Nuno Filipe Silvestre Marques Pedro

Relatório de estágio orientado por Prof. Miguel Oliveira e Prof.

Sónia Ferrão

2012

Dedico este trabalho a todas as crianças e adolescentes vítimas de trauma a quem prestei cuidados ao longo da minha vida profissional. Foi com eles que infelizmente aprendi e cresci.

**"A inteligência é o farol que nos
guia, mas é a vontade que nos faz
caminhar."**

(anónimo)

Agradecimentos

- Este trabalho marca um trajecto construído ao longo dos anos e concretizado no desenvolvimento desta temática. A sua evolução deve-se, em muito, à supervisão da Professora Sónia Ferrão e Professor Miguel Soares de Oliveira que, não só deram a sua orientação científica, como foram acompanhando e estimulando a maturação da consciência profissional
- Ao Enfermeiro Rui Guerra e Enfermeiro Bruno Ferreira, pela disponibilidade mostrada e colaboração em todo o processo de aprendizagem
- À Teresa, pela sua disponibilidade, ajudando a completar com êxito este longo e difícil caminho
- Aos meus colegas de mestrado, principalmente àqueles que de alguma forma acompanharam mais de perto o meu percurso – Cláudia e João
- Aos meus colegas de trabalho pelo apoio e colaboração (principalmente nos momentos da elaboração do horário e pedido de trocas)
- Aos meus pais, responsáveis pela formação de meu carácter e personalidade
- À Ana Cláudia de modo muito especial, pela compreensão, apoio incondicional, incentivo e motivação e com muito amor, imprescindíveis para a efectivação deste trabalho
- Por último, à pessoa mais importante da minha vida, a minha filha Mariana, pelo tempo roubado e insubstituível durante estes 18 meses, pelo qual lhe peço desculpa.

Resumo

O trauma é a primeira causa de morte na idade pediátrica a partir de um ano de vida. A criança/adolescente apresenta grande potencial de recuperação após o evento, porém a ressuscitação inadequada é considerada a maior causa de óbitos por trauma passível de prevenção após a sua ocorrência. O facto de uma criança/adolescente ter sido vítima de lesões ou traumatismos, origina múltiplas situações de transição, podendo colocar ainda em risco a harmonia da unidade familiar, e comporta custos financeiros elevados para a sociedade.

Quando os indivíduos, famílias experienciam situações de transição saúde-doença nomeadamente em casos de trauma, os enfermeiros devem ter ferramentas para a avaliação que lhes permita captar estas variações, constituindo o conceito de enfermagem como processo facilitador das transições promotoras de sentimentos de bem-estar.

O objectivo deste relatório é explicitar as experiências desenvolvidas ao longo do estágio nos diferentes contextos, analisando e reflectindo o percurso realizado, e de que forma este possibilitou a aquisição e desenvolvimento competências na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Recorreu-se à pesquisa e análise da bibliografia, prática clínica com supervisão de enfermeiros peritos em vários contextos clínicos (Urgência Pediátrica; Urgência Polivalente; Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria) e reflexão ao longo de todo o percurso com a orientação dos orientadores da escola. No relatório referem-se as actividades desenvolvidas para dar resposta aos objectivos traçados, os constrangimentos sentidos e as estratégias para os ultrapassar. Os objectivos inicialmente delineados foram atingidos, considerando-se ter atingido o nível de enfermeiro perito na área dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica vítima de trauma em idade pediátrica.

Palavras-Chave: Trauma; Pessoa em Situação Crítica; Idade Pediátrica; Enfermagem; Transição Saúde-Doença

Abstract

Trauma is the leading cause of death in the pediatric age. Child/adolescent has a great potential for recovery after the event, however, inadequate resuscitation is considered the leading cause of deaths due to preventable trauma. When a child/adolescent suffers an injury or trauma, it results in transition situations, which can put at risk the harmony of the family unit and carries high financial costs to society.

When individuals and families experience situations of health-illness transitions, particular in cases of trauma, nurses must have tools for assessment that allows them to capture those variations, making the concept of nursing as a facilitator of transitions that promote feelings of well-being.

The purpose of this report is to explain the experiments carried out during the clinical practice in different contexts and analyze and consider the route taken and how they enable me to acquire and develop skills in the nurse's area of the person in critical condition. The approach was based on research and literature review, clinical practice with guidance from expert nurses in different clinical settings (Pediatric Emergency, Emergency Department and Pediatric Intensive Care Unit) and reflection throughout the course with the guidance of mentors from school.

In the report the activities are reported as well as the constraints and strategies to overcome them. The objectives initially set were achieved considering having reached the level of expert nurse in the area of specialized care to the person in critical condition who has suffered trauma in pediatric age.

Keywords: trauma; person in critical condition; pediatric age; nursing; health-illness transition

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DA LITERATURA	5
2.1 – Trauma Pediátrico: epidemia do séc. XXI	5
2.2 – Impacto do Trauma Pediátrico na Unidade Familiar	8
2.3 – Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma em Idade Pediátrica	10
2.4 – Formação especializada em Trauma Pediátrico, uma necessidade	13
3 - ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	16
4 - CONCLUSÃO	42
5 – BIBLIOGRAFIA	45
ANEXOS	50
Anexo I - Resumo do Poster: “A CIPE no processo de aquisição de competências: o olhar de estudantes de mestrado”	
Anexo II – Certificado do Curso: “Qualidade e Técnicas de Auditorias – Acompanhamento e Melhoria Contínua das Unidades Prestadoras”	
Anexo III – Certificado das Jornadas: I Jornadas Helped Emergency “O trauma na Criança e no Adulto”	
Anexo IV – Certificado do Curso: “Curso de Formação Profissional de Ventilação Não Invasiva no Serviço de Urgência	
Anexo V - Certificado do Curso: “Curso Ventilação Não Invasiva – Segurança do Doente nos Procedimentos Invasivos”	
Anexo VI - Resumo do Poster: “Comunicar com a família/pessoas significativas do doente crítico internado em UCI: uma intervenção fundamental no cuidado especializado em enfermagem	
Anexo VII: Declaração comprovativa de aceitação para publicação do artigo: “Controlo da dor no doente inconsciente - revisão sistemática da literatura”	
Anexo VIII – Declaração comprovativa de aceitação de artigo para publicação e artigo: “Dor aguda no doente crítico em pediatria – Intervenções de Enfermagem”	
Anexo IX – Protocolo referente a drenagem de pneumotórax hipertensivo	

Anexo X – Protocolo referente a cuidados de enfermagem a cliente vítima de traumatismo vertebro-medular

Anexo XI – Protocolo referente aos cuidados de enfermagem ao cliente com Drenagem Torácica

Anexo XII – *“Formação em Trauma Pediátrico da Equipa de Enfermagem”*

Anexo XIII – “Dificuldades sentidas na prestação de cuidados à vítima em idade pediátrica: aspectos positivos e aspectos a melhorar”

Anexo XIV – “Observação de prestação de cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma em idade pediátrica”

Anexo XV – Apreciação dos Enfermeiros Orientadores

LISTA DE SIGLAS

APSI	Associação para a Promoção da Segurança Infantil
ATCN	Advanced Trauma Care for Nurses
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento
PEPP	Pediatric Education for Prehospital Professionals
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SO	Sala de Observação
SU	Serviço de Urgência
TAC	Tomografia Axial Computorizada
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIPed	Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação

1 – INTRODUÇÃO

O presente trabalho constitui o relatório da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, inserida no Plano de Estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem: Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), visando a descrição das actividades realizadas em contexto de estágio, a análise e reflexão das mesmas a fim de ilustrar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas e o delinear de estratégias para o futuro.

O estágio decorreu em quatro contextos clínicos: **contexto clínico A** (Urgência Polivalente da cidade do Funchal, que decorreu entre 3 a 7 de Outubro de 2011), seleccionado por ser uma referência nacional a nível de formação (a equipa de enfermagem apresenta formação em suporte avançado trauma, o serviço tem a Via Verde Trauma implementada); **contexto clínico B** (Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria de um Hospital de referência de Lisboa, que decorreu entre 10 de Outubro a 27 de Novembro de 2011), porque esta unidade recebe vítimas de trauma, transferidas pelas VMERs ou por Helitransporte por accionamentos primários (directamente do local dos acidentes para a Unidade após estabilização pelos meios acima referidos) e referenciados de outras unidades para tratamento secundário, que possibilitou a observação e desenvolvimento competências na prestação de cuidados de enfermagem à vítima de trauma de alto risco, assim como à família; **contexto clínico C** (Urgência Pediátrica e Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos de um Hospital de referência do Porto que decorreu entre 28 de Novembro a 17 de Dezembro de 2011), por estas unidades serem uma referência nacional no atendimento ao trauma pediátrico, com concentração do atendimento de todo trauma pediátrico grave da região norte num só hospital; **contexto clínico D** (Urgência Polivalente de um Hospital de referência da cidade de Lisboa, que decorreu entre 2 de Janeiro a 17 de Fevereiro de 2012), por ser o serviço de referência do trauma pediátrico da região de Lisboa e Vale do Tejo. Em cada um dos contextos clínicos a orientação da prática clínica foi realizada por um enfermeiro perito, em articulação com os orientadores da escola.

Este relatório representa a análise e o enriquecimento de conhecimentos teórico-práticos na aquisição de competências na prestação de cuidados de enfermagem. Nesse sentido Santos (1999) refere que um relatório é um documento de extrema importância no processo formativo, que permite através de uma análise retrospectiva,

criar novos objectivos, centrados nas etapas agora ultrapassadas, abrindo portas a um novo horizonte.

Este estágio tem por base um projecto na área dos cuidados de Enfermagem em trauma pediátrico.

O Alto Comissariado da Saúde (2009), considera idade pediátrica dos 0 aos 17 anos e 364 dias. Este organismo refere que a mortalidade infantil tem vindo a reduzir e indica que entre 1991 e 2006 a taxa de mortalidade infantil em Portugal – Continente - caiu de 10,7‰ para 3,3‰.

Apesar da redução da mortalidade infantil atrás referida devido à diminuição das doenças do foro infeccioso, o trauma representa actualmente um papel preponderante na mortalidade/morbilidade, com custos elevados em termos económicos para a sociedade (European Child Safety Alliance, 2009) e familiares (Marinheiro, 2002). Efectivamente o trauma é a primeira causa de morte depois do primeiro ano de vida, mas quando iniciadas precocemente adequadas manobras de ressuscitação, a criança/adolescente apresenta grande potencial de recuperação (Conselho Europeu de Ressuscitação, 2006; American Academy of Pediatrics, 2008; Colégio Americano de Cirurgias, 2008). O atendimento inicial da criança vítima de politraumatismo é a chave crucial para o sucesso da recuperação e consequentemente a diminuição da mortalidade/morbilidade. Para isso é importante reconhecer as particularidades fisiológicas e anatómicas da criança/adolescente por todos os profissionais que lidam com urgência traumática. Tendo em conta as especificidades inerentes aos cuidados de enfermagem à pessoa em idade pediátrica, os profissionais podem sentir dificuldade, com a necessidade de realizar formação específica nesta área (Alto Comissariado da Saúde, 2009; Ordem dos Médicos, 2009), pois como refere a Ordem dos Enfermeiros (2011), a formação ao longo da vida prossegue para lá da formação inicial, de forma coerente e integrada, tendo como finalidade o desenvolvimento profissional e a melhoria de qualidade de cuidados.

Conjugando o anteriormente referido com o percurso e projectos profissionais, emerge a área temática do presente relatório: **Os Cuidados de Enfermagem Especializados na Área da Pessoa em Situação Crítica Vítima de Trauma em Idade Pediátrica.**

Decidiu-se trabalhar esta temática com a finalidade de adquirir e desenvolver competências especializadas na abordagem da vítima de trauma em idade pediátrica e família, pois na preparação do Enfermeiro com o Mestrado de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, procura-se que a formação seja um

processo de relações interpessoais que contribuam para o enriquecimento pessoal e profissional, não apenas nas vertentes técnico-científica, mas também na pedagógica e humana. O desenvolvimento de competências nesta área foi um desafio e uma mais-valia, com o objectivo de atingir o nível de perito tal como é preconizado por Patrícia Benner. Nesse sentido Benner, (2001, p.58) definiu o nível de perito em enfermagem quando o enfermeiro “ (...) *tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis (...).* ”

Relativamente à estrutura do relatório optou-se por dividir o mesmo em três partes: a primeira visou a fundamentação teórica apresentando-se o resultado da pesquisa e análise documental referente à temática em estudo, bem como, um enquadramento conceptual do referencial teórico seleccionado Afaf Ibrahim Meleis, analisando o problema com base na sua teoria de enfermagem Teoria das Transições; a segunda destina-se a mostrar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas, onde se expõe a finalidade, objectivos, actividades e análise crítica das mesmas, tendo em conta a aquisição de competências especializadas na área de Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Explicita-se o que pretendia atingir quando se iniciou o estágio, o que efectivamente se conseguiu atingir e de que forma, e a análise crítica do trabalho realizado face às competências adquiridas e/ou desenvolvidas. Abordam-se ainda nesta parte quais as dificuldades sentidas ao longo do percurso efectuado e quais foram as estratégias realizadas para as ultrapassar. Na terceira parte apresentam-se as considerações finais, reflectindo sobre todo o trabalho desenvolvido, sintetizando alguns aspectos fundamentais referidos ao longo do relatório e delineando estratégias para o futuro com vista a continuar o processo de desenvolvimento de competências. Para realizar esta reflexão teve-se em consideração as expectativas que se tinham à partida e reflecte-se sobre o modo como o trabalho desenvolvido até este momento contribuiu para o desenvolvimento do processo de aprendizagem e permitiu adquirir competências especializadas na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Este trabalho implicou uma pesquisa e análise bibliográfica metódica, quer em bases de dados científicas, teses de mestrado, livros, quer em revistas não indexadas, que pela relevância dos autores careceram de particular atenção. A prática clínica com orientação de enfermeiros peritos decorrente do estágio, com todas as experiências vivenciadas e a realização de trabalhos nesse contexto foram também essenciais. A

elaboração de jornais de aprendizagem, estudo de caso, com a discussão com os orientadores da escola permitiu uma melhor compreensão da temática, tornando-se em ferramentas essenciais no decurso do desenvolvimento pessoal.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo faz-se referência à evidência científica encontrada através de pesquisa da literatura onde são definidos alguns conceitos relevantes para a temática em estudo. Foi realizada revisão da literatura na Base de Dados Ebsco, nomeadamente na MEDLINE e CINHALL, entre Abril e Maio de 2011 com os seguintes descritores: *critical care, trauma, pediatrics*. Foram tidos em conta documentos recentemente emitidos pela Ordem dos Enfermeiros relativamente aos Cuidados Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e realizada pesquisa bibliográfica nas bibliotecas da ESEL.

2.1 – Trauma Pediátrico: epidemia do séc. XXI

De acordo com Abramovici & Souza (1999), embora o trauma já tenha sido uma doença significativa do século XX, será no século XXI que se irá transformar numa tragédia mais intensa, pois as doenças do foro infeccioso deixarão de ser o foco principal de atenção. Para a World Health Organization (2004), o trauma é um problema de saúde cada vez mais significativo em todo o mundo. Salienta que cada dia, 16 000 pessoas morrem de lesões, e por cada pessoa que morre, vários milhares mais são feridos, muitos deles com sequelas permanentes. Citando Schvartsman, Carrera, & Abramovici (2005, p.223) “o trauma ganhou expressão nos diversos centros mundiais, em função da morbimortalidade que gera, sem respeitar faixa etária, sexo, etnia, credo ou estrato social”. A American Academy of Pediatrics (2008), menciona que o trauma causa mais mortes nas crianças e adolescentes que todas as outras causas combinadas, sendo a primeira causa de morte depois do 1º ano de vida. Em Portugal e no que concerne ao trauma pediátrico, o Relatório de Avaliação sobre a Segurança Infantil no âmbito do Projecto *Child Safety Action Plan* (European Child Safety Alliance, 2009) realça também essa perspectiva, de que as lesões e os traumatismos são a primeira causa de morte das crianças entre os 0 e os 19 anos. O mesmo documento refere que as mortes são apenas “a ponta do iceberg” e que diariamente dão entrada nos diversos hospitais e serviços de saúde centenas de crianças, com necessidade de internamento na sequência de lesões e traumatismos não intencionais (acidentes) com uma elevada taxa de morbilidade, que em muitos casos deixam sequelas para toda a vida.

Os custos do Trauma Pediátrico são elevados a vários níveis, tornando-se um problema grave das sociedades modernas, com necessidade de actuação concertada por parte de equipas multidisciplinares, dos diferentes ramos das ciências humanas e sociais e organismos que se dedicam e estudam esta problemática (Associação para a Promoção Segurança Infantil, 2007). A nível económico, a Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2009) concluiu que no ano de 2003 em Portugal perderam-se mais de 20.000 anos de vida potencial (dos quais 18.000 devido a acidentes não intencionais) resultantes das mortes de crianças por lesões ou traumatismo, anos esses em que as crianças e os adolescentes não puderam crescer, aprender e, finalmente contribuir para a sociedade. Os autores Cardoso, Pereira, & Maia (2010) acrescentam que o impacto económico do trauma em idade pediátrica é elevado, com os acidentes a serem a principal causa de gastos médicos nas crianças dos 5 aos 14 anos.

Dentro do trauma é o Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) que aparece como primeira causa de situação traumatológica em Pediatria (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2002; World Health Organization, 2004; Oregon Health&Science University, 2005; Hockenberry, Wilson, & Winkelstein, 2006; Colégio Americano de Cirurgiões, 2008).

Em Portugal, como no resto da Europa, as quedas são o mecanismo de acidente mais frequente em crianças e jovens e são a maior causa de idas à urgência nestas faixas etárias (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2009). Uma estimativa feita no Canadá sugere que, se fossem implementadas estratégias de prevenção efectivas, haveria uma redução de 20% na incidência de quedas e poderiam ser poupados anualmente 126 milhões de dólares canadianos (US 120 milhões) (World Health Organization, 2008). Exemplos dessas estratégias passam por identificação, substituição e adaptação de produtos não seguros (andarilhos, camas sem grades, etc.), desenvolvimento e reforço de medidas “*standards*” para o “*design*” e manutenção de parques de diversão seguros, criação e promoção de legislação adequada e por desenvolvimento e implementação de programas comunitários multidisciplinares centrados em estratégias educacionais.

No plano rodoviário, segundo a Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2010), a legislação que obrigou à utilização de cadeiras de transporte infantis, as campanhas informativas da APSI e a redução do IVA dos sistemas de retenção para

crianças, estão na base da redução da mortalidade e do número vítimas até aos 17 anos nos acidentes rodoviários com crianças como passageiro.

Na perspectiva de Smeltzer & Bare (2002) o trauma é um dano causado, intencionalmente ou por inadvertência, no corpo a partir de uma força contra a qual o organismo não se consegue proteger. Já o termo clínico "politraumatizado" é usado para indicar, num cliente, a presença de mais do que um traumatismo de maior ou menor gravidade (Ministério da Saúde, 2011). Para Coimbra *et al* (1999) politraumatizado é todo o cliente vítima de acidente, que apresente duas ou mais lesões traumáticas graves (crânio-encefálico, facial, vertebral, torácico, abdominal, pélvico e extremidades), que necessite de internamento em cuidados intensivos.

Na concepção de Wurster *et al* (2009), os profissionais de saúde que prestam cuidados à pessoa vítima de trauma pediátrico, incluindo enfermeiros, devem realizar uma abordagem abrangente quando confrontados com uma situação de trauma e devem ter conhecimentos actualizados em todos os aspectos de atendimento da vítima traumatizada.

Em Pediatria, sem um projecto estruturante, *guidelines* ou protocolos de actuação bem definidos, torna-se difícil, em certas instituições, prestar o melhor cuidado, sobretudo porque o enfermeiro que presta cuidados tem, frequentemente, apenas formação específica para cuidar da vítima adulta (American Academy of Pediatrics, 2008). A mesma academia refere que, nos Estados Unidos da América, uma vasta maioria de crianças que necessita de cuidados de emergência os recebe sem ser numa Urgência Pediátrica. Salienta ainda que para os profissionais, quando um hospital tem poucas emergências com crianças, este facto representa uma substancial barreira para manter o essencial das capacidades e competências clínicas. Verifica-se que, em muitas situações, o enfermeiro que trabalha com o adulto não tem as competências necessárias para a prestação de cuidados diferenciados à vítima em idade pediátrica. O Conselho Europeu de Ressuscitação (2006), o Colégio Americano de Cirurgões (2008) e o Society of Trauma Nurses (2008), salientam que as características inerentes à idade pediátrica diferem das observadas nos adultos e promovem respostas anátomo-fisiológicas diferentes quando se verifica uma situação de trauma. A Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente realça que se os enfermeiros generalistas não tiverem outras experiências ou formação após a conclusão da Licenciatura, não estão preparados para atenderem situações complexas em pediatria (Alto Comissariado da Saúde, 2009).

Paul (2011) defende a importância primordial dos enfermeiros no atendimento da vítima de trauma pediátrico pois geralmente são os primeiros profissionais a contactar com a situação, apresentando um papel fundamental na gestão dos cuidados.

Já os conhecimentos e competências na abordagem do adolescente vítima de trauma são muitas vezes deixados para segundo plano, como refere a World Health Organization (2002). Esta organização salienta ainda que os serviços de saúde, muitas vezes apresentam os adolescentes como um grupo saudável, que não precisa de acção prioritária, e por isso fornecem um mínimo subconjunto dos serviços de adultos ou pediátricos sem ajustes para as suas necessidades particulares. Tavares & Fonseca (2009) referenciando o Plano Nacional de Saúde dos Jovens, inserido no Programa Nacional de Saúde aprovado em 2006, destacam que este programa integra como uma das prioridades a adaptação progressiva dos cuidados de atendimento pediátrico às especificidades do atendimento/acompanhamento dos adolescentes. A Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente indica que os Serviços de Pediatria devem atender clientes até os 18 anos (Alto Comissariado da Saúde, 2009).

2.2 – Impacto do Trauma Pediátrico na Unidade Familiar

O facto de uma criança/adolescente ter sido vítima de lesões ou traumatismos pode colocar em risco a harmonia da unidade familiar. Para Gomes, Trindade, & Fidalgo (2009) a criança faz parte funcional da família, que se encontra inserida numa estrutura indivisível, que é a unidade familiar. Para os autores Hockenberry, Wilson, & Winkelstein (2006), a doença e a hospitalização afectam todos os membros do núcleo familiar e quando os filhos são hospitalizados por doença súbita ou grave, os pais/cuidadores podem reagir com descrença, raiva, culpa, manifestando medo, ansiedade e frustração. Esta ideia é reforçada nos estudos desenvolvidos por Marinheiro (2002), que considera que a doença pode afectar o estado psicológico dos pais, sendo que as consequências ou impacto de uma doença/hospitalização sobre o funcionamento familiar podem ocorrer em qualquer uma destas áreas: financeira, social, somática, comportamental, vida mental consciente e inconsciente. Nesse sentido Gomes, Trindade, & Fidalgo (2009) realçam a necessidade dos profissionais de saúde, ao observarem uma criança do ponto de vista social, psicológico e físico, não o fazerem sem ter como referencial a família em que está inserida. Torna-se quase

impossível, mesmo em momentos críticos, cuidar da criança/adolescente sem abranger a família no plano de cuidados. Nesta área específica é essencial desenvolver um trabalho interdisciplinar em que a família esteja incluída, quando esta é confrontada com a possibilidade de perda, não devendo estar isolada e sobrecarregada com a tomada de decisões de responsabilidade, para a qual não está preparada emocionalmente numa altura de incertezas, devendo ser em tempo útil esclarecida, com informação adequada (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2006).

Hockenberry, Wilson, & Winkelstein, (2006), dão como exemplo os pais que têm um filho internado na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) gerando nestes grande ansiedade, tornando as crianças gravemente doentes o centro das suas vidas, e as suas principais preocupações a perda de controlo, medo das lesões corporais e dor. Em Pediatria a criança e a família (cuidadores e alvo dos cuidados) são um todo indivisível na maioria das situações. A Ordem dos Enfermeiros (2002) refere que as intervenções de enfermagem podem ser optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo no processo de cuidados. Nesse campo Riley (2004), indica que os ingredientes básicos da relação enfermeiro-cliente e enfermeiro-família são: calor humano, respeito, autenticidade, empatia, auto-exposição, especificidade, fazer perguntas, exprimir opiniões, humor e espiritualidade. Já na perspectiva de Deering & Cody (2002), ao colocar a família como parceira no processo de assistência à criança ao mesmo tempo em que se reconhece que ela é também o foco da assistência de enfermagem, é possível estimulá-la a participar como unidade básica dos cuidados de saúde da criança, não deixando de a abordar também como cliente proporcionando-lhe o atendimento de acordo com as suas necessidades para que ele compreenda.

O enfermeiro, que presta cuidados em serviços de emergência, quando se depara com uma situação de médio ou alto risco para o qual a família não se encontra preparada, tem assim um papel importante na regulação e estabelecimento de estratégias a fim de evitar uma possível ruptura da harmonia familiar pois, conforme refere Benner (2001), o enfermeiro apoia e optimiza o papel positivo dos membros da família na cura do cliente, dando-lhe informações necessárias para lhe providenciar cuidados físicos e trazendo-lhe um apoio afectivo. Para Pereira *et al* (2010), um meio para a promoção do bem-estar da família é oferecer espaço e oportunidade de expressar as emoções negativas, reconhecê-las e geri-las de forma saudável. Referem ainda que a promoção emocional por parte dos enfermeiros permite à família chegar a alguns domínios, como a autoconsciência e auto-regulação.

Já para Meleis *et al* (2000) os enfermeiros são muitas vezes os principais cuidadores de clientes e suas famílias que estão em fase de transição, podendo as experiências de transição ser potencialmente problemáticas, causando dano e dificuldade na recuperação. O trauma na pessoa em idade pediátrica pode conduzir a uma situação de transição, nomeadamente uma transição do tipo saúde-doença, pois como refere Schumacher & Meleis, (1994), uma transição envolve a passagem de uma condição saudável para uma condição de doença. Nesse sentido os pais/pessoas significativas destas crianças/adolescentes estão a passar por um processo de transição saúde/doença, sendo que para Kralik (2005) as transições saúde-doença exploram as respostas dos indivíduos e das famílias em contextos de doença. São na sua maioria situações passageiras, em que a criança/adolescente recupera totalmente, mas por vezes são situações que vão deixar sequelas, de maior ou menor gravidade, para toda a vida. Em qualquer caso são situações portadoras de grande sofrimento. Todas as transições implicam mudanças e os enfermeiros deverão ajudar as pessoas ao longo desse processo para que estas mudanças sejam positivas.

2.3 – Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma em Idade Pediátrica

Para a Ordem dos Enfermeiros (2010) *“Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”*. O mesmo organismo define enfermeiro como o profissional reconhecido com o curso de Enfermagem, de modo legal, com a atribuição de um título profissional que lhe reconhece e confere competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de Enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária. Conclui ainda que cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais. O enfermeiro especialista é *“o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que*

demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Tal como as outras disciplinas, a enfermagem, tem vindo a clarificar o seu domínio de conhecimento. No desenvolvimento do projecto teve-se como referência a Teoria de Afaf Meleis. Para esta autora o domínio é a *“perspectiva e o território da disciplina. Inclui o objecto de interesse, os valores e as crenças consensuais, os conceitos centrais, os fenómenos de interesse, os principais problemas, e os métodos utilizados no fornecimento de respostas da disciplina”* (Meleis, 2005). Define ainda sete conceitos centrais que caracterizam o domínio de enfermagem: cliente, transições, interacção, ambiente, processo de enfermagem, terapêuticas de enfermagem e saúde. Salienta ainda que uma função fundamental da Enfermagem é ajudar as pessoas a viverem as transições.

Nesse sentido Schumacher & Meleis (1994) referem que os encontros entre os profissionais de enfermagem e os clientes ocorrem frequentemente em períodos de transição de instabilidade, provocados por desenvolvimento e mudanças de situações de saúde para a doença e que as transições são de enorme interesse para a prática de enfermagem, pelo impacto que têm na saúde das pessoas. Definem transição como a passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro. Meleis (2005) salienta ainda que a enfermagem existe para prestar cuidados de enfermagem aos clientes que experienciam situações de doença ou que podem experienciar potenciais problemas de saúde. Nessa linha de pensamento e a fim de poder avaliar os resultados dos cuidados de enfermagem prestados, Meleis *et al* (2000) concluem que uma transição saudável é determinada pelo grau em que o cliente demonstra o domínio de habilidades e comportamentos necessários para gerir a sua nova situação. É por essa razão que, para Schumacher & Meleis (1994), o conceito de enfermagem é o processo facilitador das transições promotoras de sentimentos de bem-estar.

Para o autor Silva (2007), os enfermeiros devem, na sua prática desenvolver uma *“enfermagem avançada”* ou seja, baseada nos modelos conceptuais de enfermagem, centrados nos seus modelos teóricos, que têm como objectivo central o diagnóstico e a prestação de cuidados de enfermagem numa promoção das respostas humanas às transições, com tomadas de decisão com maior competência.

A competência do enfermeiro nos cuidados de emergência deve estar consolidada no saber (conhecimento científico), no fazer (capacitação técnica) e nos valores (pessoais

e profissionais) como refere Sallum (2010). A mesma autora indica que as especializações são o caminho adequado para aprofundar temáticas no trauma intra-hospitalar, entre as quais a de pediatria, com o objectivo de manter os enfermeiros actualizados.

O papel do enfermeiro de emergência tem um passado, um presente e um futuro. Schriver *et al* (2003) referem que os enfermeiros que trabalham nos serviços de urgência/emergência sempre providenciaram e garantiram a sua operacionalidade assim como a sua administração, mas na sua maioria com um reconhecimento informal pelos seus pares.

Alguns dos requisitos fundamentais do enfermeiro para desenvolver a sua actividade no campo da emergência, mais concretamente na abordagem do trauma pediátrico, são a prestação de cuidados especializados. Para a Ordem dos Enfermeiros (2010) *“os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato (...)”*. Parece claro que para haver prestação de cuidados de qualidade é essencial que os cuidados sejam personalizados. Em 2001, foram emanados pela Ordem dos Enfermeiros os *“Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”*. Neste documento surgem alguns enunciados descritivos, dos quais é pertinente referir *“a satisfação do cliente (...) a procura constante da empatia nas interacções com o cliente; o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados; (...) o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacte negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde”* (Ordem dos Enfermeiros, 2002). Mais especificamente no que concerne à Pessoa em Situação Crítica foi delineada uma proposta dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2011). Na mencionada proposta é referido no ponto 4.1. acerca da satisfação do cliente: *“5 – o empenho do enfermeiro especialista, tendo em vista minimizar o impacto negativo na pessoa em situação crítica, provocado pelas mudanças forçadas pelas necessidades do processo de assistência à saúde; (...); 7 – a gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e/ou falência orgânica; 8 – a implementação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica em pessoas em situação crítica”*. No ponto 4.4. o Bem-estar e o Auto-cuidado são definidos

como padrões de qualidade, entre outros: “3 – o *rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem especializadas*; (...); 8 – a *gestão do impacto emocional imediato decorrente da situação crítica vivenciada pela pessoa/família*; 9 – a *gestão da relação terapêutica perante a pessoa/família, em situação crítica*” (Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2011).

2.4 – Formação especializada em Trauma Pediátrico, uma necessidade

A formação em trauma pediátrico nem sempre faz parte dos currículos e cursos frequentados pelos enfermeiros que desenvolvem a sua actividade em serviços de urgência e que prestam cuidados à pessoa vítima de trauma em idade pediátrica. Haley & Schweer (2007), salientam que muitos cursos de trauma focam essencialmente os cuidados de enfermagem a prestar à vítima de trauma em idade adulta, com ênfase mínimo nos cuidados às crianças, percepcionando uma necessidade de formação adicional para os enfermeiros que trabalham com crianças vítimas de trauma.

Esta realidade é pertinente quando se aborda a temática do trauma em idade pediátrica, pois comparativamente com os adultos existem diferenças anatómo-fisiológicas e de carácter psicológico que vão interferir na sua abordagem. Estas diferenças variam com a idade, desde o recém-nascido e período neonatal, passando pela infância, idade escolar e adolescência até à idade adulta. O Conselho Europeu de Ressuscitação (2006), o Colégio Americano de Cirurgiões (2008) e a Society of Trauma Nurses (2008), salientam que a criança tem maior probabilidade de sofrer traumatismos múltiplos, o que está directamente relacionado com uma maior absorção de energia por unidade de área corporal, devido à menor massa corporal, ao tecido adiposo estar presente numa proporção menor com maior absorção da energia transmitida aos órgãos internos, ao tecido conjuntivo ser menos elástico, à proximidade dos órgãos entre si, à susceptibilidade à hipotermia, entre outros factores.

Por esses motivos o cliente politraumatizado em idade pediátrica merece destaque no tratamento devido à sua potencial gravidade. Torna-se imprescindível uma sistematização no atendimento destes casos, devendo ser estabelecida uma sequência na abordagem do trauma do paciente politraumatizado (Tarrio, 2003; Conselho

Europeu de Ressuscitação, 2006; Society of Trauma Nurses, 2008; Colégio Americano de Cirurgias, 2008; Ordem dos Médicos, 2009; Instituto Nacional de Emergência Médica, 2011). A reforçar este conceito, a Comissão Regional do Doente Crítico (2009) e a Direcção-Geral da Saúde (2010), referem que o trauma exige uma abordagem por prioridades, com uma metodologia de intervenção, em que todos os elementos da equipa têm os seus objectivos claros.

Nessa vertente, no exercício profissional em situações complexas, é necessária uma formação sólida e orientada, adequada à realidade existente, que responsabilize as instituições/organizações, em conjunto com os profissionais, a elaborar e desenvolver um projecto formativo que permita o crescimento pessoal, quer a nível técnico-científico quer relacional (Ordem dos Médicos, 2009).

O Manual de Normas de Boa Prática em Trauma da Ordem dos Médicos, (Ordem dos Médicos, 2009) defende ainda que deverá ser obrigatório a formação específica em trauma e que existe a necessidade de se desenvolver, na Rede de Trauma ou em cada um dos seus subsistemas, um programa consistente de formação pré e pós-graduada, racionalizando a frequência dos cursos, em função das necessidades efectivas, complementada com outras actividades formativas. Realça ainda a importância do investimento por parte das organizações em projectos estruturantes, assentes numa formação mínima e adequada para os profissionais, principalmente médicos e enfermeiros, que prestam cuidados à vítima de trauma, capacitando-os para uma avaliação sistemática, uma abordagem correcta e um tratamento mais eficaz. Finaliza salientando que estes objectivos estão dependentes de uma formação inicial sólida, com formação técnico científica adequada e contínua, com um contacto continuado com situações de trauma, a fim de desenvolver o sentido clínico, aumentar a experiência acumulada e o conhecimento da operacionalidade do processo de trauma – da lesão aos cuidados definitivos (protocolos, registos, etc.). O mesmo manual recomenda aos enfermeiros que trabalham em trauma pediátrico a realização dos cursos *Trauma Nursing Core Course (TNCC®)* ou similar e *Emergency Nursing Pediatric Course ENPC®* ou similar. A circular normativa nº: 07/DQS/DQCO de 31/03/2010 (Direcção-Geral da Saúde, 2010), salienta que numa equipa de trauma deve ter a presença de um enfermeiro com a formação em cuidados de emergência e possuam os cursos de Suporte Avançado de Vida em Trauma (adulto/pediátrico) e Suporte Avançado de Vida Pediátrico.

Para trabalhar com crianças/adolescentes torna-se necessário que o enfermeiro tenha formação especializada, pois na prática é imprescindível que domine conteúdos específicos inerentes às faixas etárias a que presta cuidados (Alto Comissariado da Saúde, 2009). Nesse sentido, a Ordem dos Enfermeiros (1996), no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros Artigo 88.º, salienta que o enfermeiro deve manter em actualização constante os seus conhecimentos, de forma a proporcionar a prestação dos melhores cuidados de enfermagem ao cliente e família.

3 - ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo são descritos as finalidades, os objectivos propostos e as actividades realizadas, fazendo uma análise crítica do trabalho desenvolvido ao longo do estágio, explicitando como foram adquiridas e desenvolvidas as competências especializadas em enfermagem à pessoa em situação crítica, quais os constrangimentos sentidos durante todo o processo e evidenciar quais foram as estratégias utilizadas para os ultrapassar.

Optou-se por relatar a aquisição de competências segundo os objectivos traçados nos vários contextos clínicos. Justifica-se esta opção pela necessidade de tornar mais dinâmico e compreensível o relato das actividades realizadas com o mesmo objectivo, pelo facto de várias experiências serem coincidentes em diferentes contextos clínicos, pela necessidade de sintetizar o conjunto de acções desenvolvidas e não tornar este documento demasiado extenso. Finalidade: Adquirir e desenvolver competências Especializadas de Enfermagem na **Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica no âmbito da Pessoa Vítima de Trauma em Idade Pediátrica**.

Objectivo 1 - Conhecer a dinâmica dos contextos clínicos na sua vertente estrutural, funcional e organizacional

Actividades	- Reunir informalmente com o(s) enfermeiro(s) tutor(es) com vista a conhecer a organização e funcionamento da unidade, recursos humanos, projectos e actividades em que o serviço está envolvido
	- Visitar as instalações dos diferentes serviços, sob orientação do Enfermeiro Chefe/Tutor
	- Observar as dinâmicas e métodos de trabalho da equipa multidisciplinar
	- Consultar os manuais, normas e protocolos de actuação
	- Tomar conhecimento do sistema de registo informático utilizado
	- Observar o atendimento prestado face ao grau de prioridade atribuída
	- Clarificar dúvidas com o enfermeiro tutor

Para a prossecução deste objectivo, o percurso teve início na Direcção de Enfermagem nos vários locais dos contextos clínicos, numa breve reunião informal com as Sr.ª

Enfermeiras responsáveis pela recepção dos estudantes de enfermagem, que demonstraram disponibilidade, incentivo e apoio em mais esta etapa de formação.

A apresentação dos serviços foi realizada pelos enfermeiros a exercer funções de gestão do serviço, dando continuidade ao acolhimento agradável, estruturado e promotor de uma integração mais fácil na equipa e espaços do serviço, tendo tal sido uma constante ao longo de todo o estágio.

Procurou-se compreender a dinâmica dos serviços consultando normas, manuais, protocolos e projectos existentes em cada um. Da análise efectuada constatou-se que está em curso a actualização dos protocolos e normas do serviço pelos diversos elementos da equipa de enfermagem e equipa médica com objectivo de acreditar a UCIPed em Lisboa, enquanto no Porto e Funchal os serviços já se encontram acreditados. Na Urgência Polivalente de Lisboa este processo ainda não é uma realidade.

Através da consulta dos protocolos e normas de actuação houve a oportunidade de aprender, alicerçar e desenvolver competências na prestação de cuidados a nível de procedimentos técnicos e relacionais, que se tornou numa ferramenta estruturante de todo o estágio. Esta acção permitiu realizar uma auto-avaliação da qualidade dos cuidados que foram prestados, baseados em evidências científicas. No que respeita à Urgência Polivalente em Lisboa, houve a oportunidade de demonstrar através de argumentação com o tutor a necessidade de implementar protocolos de actuação. Exemplificou-se, recorrendo à mobilização das experiências nos vários estágios realizados, onde a abordagem sempre protocolada, promoveu a qualidade de cuidados com segurança e facilmente auditáveis, em detrimento do início da abordagem do cliente politraumatizado (pediátrico e adulto) realizada pelos enfermeiros, de acordo com a experiência do próprio, sendo diferente de enfermeiro para enfermeiro, não seguindo linhas orientadoras de actuação previamente definidas. Nesse sentido a elaboração e inclusão de normas e protocolos de procedimentos iriam proporcionar uma melhoria efectiva na prestação de cuidados, aumentando a segurança e qualidade dos cuidados.

As **Unidades de Cuidados Intensivos de Pediatria** em Lisboa e no Porto são unidades de alta tecnologia, essencial para o tratamento de situações de grande emergência pediátrica, com capacidade para 6 clientes. Apresentam rácio cliente/enfermeiro igual, um enfermeiro para dois clientes. Não significa que os

restantes elementos da equipa não colaborem. A casuística é similar e as situações que levam a internamento apresentam um padrão idêntico (o politrauma, insuficiência respiratória, sépsis, pneumonias, pós-operatórios de diferentes cirurgias e diversas especialidades e clientes que requerem técnicas dialíticas), conforme consta em relatórios internos dos referidos serviços.

Fazem parte destas unidades as **Unidades de Cuidados Intermédios** com duas camas, para situações menos graves, mas que requeiram uma vigilância mais permanente pela instabilidade que o cliente pode ainda apresentar, isto é, não necessitando de uma abordagem mais intensiva mas de uma observação contínua, antes de ser transferido para uma Enfermaria.

A Urgência Pediátrica no Porto é um serviço que atende toda a região do Porto e de referência para todas as situações graves da região norte, onde se inclui o trauma.

No que concerne à Urgência Polivalente em Lisboa e Funchal, são serviços com grande afluência de clientes adultos, mas que por razões organizacionais inerentes às próprias Instituições, recebem o trauma pediátrico, embora existam nas mesmas Urgências Pediátricas.

A primeira fase do estágio nos diferentes contextos clínicos correspondeu a um período de percepção e integração, com a principal preocupação de observar e participar no maior número possível de actividades, conhecer melhor a equipa, a unidade/serviço de urgência e a articulação da mesma com outros serviços, bem como pesquisar e aprofundar conhecimentos científicos na área do projecto, assim como nos problemas decorrentes com mais frequência nas unidades/urgência.

Houve a oportunidade de observar e prestar cuidados à criança/família vítima de politrauma, o que facilitou a integração nos respectivos serviços, assim como na dinâmica da equipa de enfermagem. Esta experiência tornou possível observar e reflectir criticamente a importância do papel desempenhado pelo enfermeiro especializado em trauma pediátrico.

Relativamente à continuidade dos cuidados, área que se encontra em constante monitorização nos diversos contextos clínicos, foi possível observar que é dado especial ênfase ao rigor dos registos de enfermagem e à passagem de turno.

Um dos meios de referência na UCIPed em Lisboa é o sistema informático PICIS, sistema que gere toda a informação sobre cliente. A familiarização progressiva com esta ferramenta sob a supervisão do enfermeiro orientador permitiu disponibilidade para desenvolver outras intervenções, como prestar cuidados ao cliente e família com

maior qualidade e segurança, sempre com a preocupação em dar continuidade aos cuidados.

Salienta-se que a inovação e a importância dos registos de enfermagem estão presentes no sistema implementado nesta unidade. Esta realidade é traduzida num artigo de revisão da literatura por Aquino *et al* (2009), que pretendeu fazer uma análise do conceito de tecnologia em enfermagem, ao referirem que um dos objectivos da utilização da tecnologia informática é gerir toda a informação, aumentando a produtividade e a satisfação do trabalhador. Já o International Council of Nurses (2011) na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) – Versão 2 refere que as tecnologias de informação e comunicação tornaram-se uma força da maior importância no objectivo de melhorar o acesso, custo e qualidade dos cuidados de saúde.

Os registos de enfermagem constituem um suporte legal valioso, mas também permitem evidenciar o trabalho praticado pela equipa de enfermagem além de permitir uma apreciação crítica contínua da evolução da criança/adolescente, assim como os problemas levantados e a sua resolução pela equipa de enfermagem.

Da reflexão acerca da importância da utilização destes recursos, nomeadamente a CIPE, foi elaborado um *poster* com o título “*A CIPE no processo de aquisição de competências: o olhar de estudantes de mestrado*”(anexo I), apresentado em Janeiro de 2012 numa Jornada em Lisboa referentes ao tema “*Enfermagem, Sistemas de Informação e Financiamento em Saúde: CIPE® e Experiências de Utilização Efectiva*”.

Na UCIPed no Porto os registos são manuscritos. Salientou-se ao enfermeiro orientador e equipa interdisciplinar a importância de observarem o sistema implementado na UCIPed em Lisboa.

A Urgência Pediátrica do Porto apresenta um sistema de triagem e registo inovador, baseando-se no Sistema Canadiense de Triagem. Na Urgência Polivalente de Lisboa o sistema informático de triagem e registo implementado é o Alert®. No Funchal o sistema é um misto do Alert® com um sistema que o próprio hospital elaborou e está integrado com os sistemas das várias Unidades de Saúde, o que permite ao profissional de saúde aceder ao processo clínico do cliente completo.

Nos vários locais de estágio, os registos efectuados seguiam de uma forma sistematizada a evolução da situação clínica. Mul & Berg (2007) referem que os registos de trauma quando elaborados de uma forma menos organizada são vários os parâmetros como o Glasgow Coma Scale (GCS), o Revised Trauma Score (RTS) ou

até mesmo a frequência respiratória, entre outros, que habitualmente não são registados. Realçou-se nos vários contextos clínicos a importância da realização de registos mais precisos, completos e organizados no atendimento do cliente politraumatizado. Seguindo as prioridades ABCDE, a precisão dos registos é fundamental para a qualidade e continuidade dos cuidados prestados. Numa rede de trauma o registo de dados é fundamental ajudando a estabelecer um plano de acção no tratamento das vítimas de trauma (Comissão Regional do Doente Crítico, 2008; Ordem dos Médicos 2009; Direcção-Geral da Saúde, 2010).

Objectivo 2 - Reflectir sobre os aspectos do domínio da responsabilidade ética e legal no trauma pediátrico

Actividades	- Respeitar a ética e código deontológico da profissão
	- Respeitar as relações privilegiadas do cliente (família, amigos, pessoa significativa)
	- Observar a metodologia usada na abordagem da família do cliente para transmissão de informação e más notícias
	- Revisão da literatura sobre a temática

Os dilemas ético-legais que os enfermeiros enfrentam em serviços de urgência/emergência são inúmeros e diversificados: a necessidade constante de estabelecer prioridades, decidir a que cliente atender em primeiro lugar conforme a urgência, a confrontação com perda da função motora de uma parte do corpo com repercussões para o resto da vida, a decisão de parar manobras de reanimação, o confronto com a morte, entre outros exemplos que podem ser dados, levam muitas vezes, os enfermeiros a vivenciarem sentimentos de angústia, frustração e incapacidade.

O cuidar em enfermagem do cliente politraumatizado em idade pediátrica envolve todos estes dilemas, não podendo o enfermeiro prescindir do aspecto humano e relacional nas intervenções realizadas. Nos vários contextos procurou-se pautar a actuação pelo respeito dos princípios éticos e deontológicos da profissão. Assim, não se restringiu o cuidar a uma acção técnica no sentido de fazer, executar um procedimento, mas também no sentido de ser, expresso em atitudes e comportamentos. Não seria enfermeiro quem só executasse a técnica, pois qualquer outro com algum treino para o

mesmo, o faria. Esta ideia é partilhada por Amaral (2008) ao salientar que os profissionais de saúde contribuem para a humanização dos cuidados, sempre que recusam ver a rotina reduzida ao tecnicismo, que vêem no cliente uma pessoa inteira com emoções, angústias ou desesperos que se estendem às famílias. A reforçar esta ideia, Barra *et al* (2005), defendem que é preciso privilegiar a humanização da assistência, pois tem consequências benéficas, diminuindo prováveis traumas do cliente e da família, com a necessidade de direccionar o cuidado dos profissionais para uma abordagem menos mecanicista.

A rotina diária de uma Urgência ou UCIPed é complexa, podendo fazer com que os profissionais de saúde, por vezes, esqueçam o tocar, conversar e ouvir o cliente/família que está à sua frente. Apesar do esforço feito pelos enfermeiros no sentido de humanizar os cuidados, este é um desafio difícil, pois exige atitudes e comportamentos individuais, às vezes contra um sistema tecnológico dominante. Para Wenham & Pittard (2009), as UCI's, embora de uma importância inquestionável, são ambientes potencialmente hostis para o cliente em estado crítico devido a todo o aparato tecnológico. É esse mesmo aparato que facilmente assusta a família, pelo que esta vai necessitar de grande apoio por parte dos enfermeiros para vivenciar da forma mais positiva possível este período de transição.

Considera-se ter demonstrado ao longo do estágio, a capacidade de cuidar dos clientes, de uma forma individualizada, com a vertente do saber científico como pressuposto, acrescido de uma sensibilidade, sensatez e habilidade de avaliar as necessidades do cliente. Sem julgar e através de um saber afectivo, envolveram-se a criança/família com conforto e carinho, mas sempre com o respeito e dever ético para com os mesmos.

Silva (2007) defende que *“a enfermagem toma por estudo as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos do desenvolvimento ou por eventos significativos da vida que exigem adaptação”*, fazendo alusão à importância da valorização da teoria de enfermagem com ênfase nas respostas humanas envolvidas nas transições, em vez da utilização de um modelo biomédico na prática dos cuidados. Assim, ao actuar como facilitador do processo de transição saúde-doença da família, proporcionando condições facilitadoras para a transição, contrariou-se algumas dificuldades sentidas, como sentimentos de impotência, angústia e medo que se desenvolveram na prática em algumas situações. Ao fazê-lo crê-se também ter beneficiado a criança/adolescente, que necessita da presença dos pais e de se sentir

segura e amada. A esse nível Meleis *et al* (2000), salientam que para melhor compreender as experiências pelas quais as pessoas passam durante as transições, é necessário compreender as condições que podem facilitar ou dificultar uma transição saudável. Podem ser pessoais, com diferentes significados atribuídos à transição (positivos, neutros ou negativos); podem ser crenças culturais, relacionando um possível estigma ligado a uma experiência de transição, a expressões de determinadas emoções que podem estar inibidas; de nível socioeconómico, considerando que um baixo nível socioeconómico pode ser um factor inibidor; com a preparação e conhecimento, sendo que uma preparação antecipada é facilitadora no processo de transição; comunitárias e sociais, que se caracterizam no grupo de amigos, família, profissionais de saúde.

As intervenções de enfermagem que se realizaram foram ao encontro dos princípios éticos e legais descritos no Código Deontológico do Enfermeiro, como os valores universais descritos no Artigo 78.º dos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 1996), na relação profissional *“a igualdade, a liberdade responsável com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional.”*

Salienta-se a importância do acolhimento realizado às crianças e aos pais. A criança/adolescente politraumatizada que se encontra internada, habitualmente está em situação crítica, o que causa sentimentos de grande ansiedade, preocupação, medo, sentimento de culpa, entre outras. Nesta linha de pensamento Riley (2004) indica que os ingredientes básicos da relação enfermeiro-doente e enfermeiro-família são: calor humano, respeito, autenticidade, empatia, auto-exposição, especificidade, fazer perguntas, expressão de opiniões, humor e espiritualidade. Através deste ideal promoveu-se e encorajou-se sempre os familiares e, quando possível, o cliente a seguir estes “ingredientes básicos”. Procurou-se manter o cliente/família informada acerca da sua situação com informação apropriada à sua idade e compreensão. Nesta perspectiva, também a decisão médica deve ser partilhada com o cliente/família, sobretudo quando a decisão pode ter consequências para a vida do próprio (Amaral, 2008). Realizaram-se estas intervenções sempre de um modo assertivo, respeitando a ética e o segredo profissional, com o consentimento do(s) tutor(es). Na UCIPed em Lisboa houve incentivo por parte do tutor na manutenção de uma relação empática com o cliente/familiar, salvaguardando o espaço de actuação para não haver possibilidade de conflito com a equipa médica. Foi sempre ressalvada a condição da autonomia das

intervenções de enfermagem, referindo que o principal dever é com o cliente/família. Como refere a Ordem dos Enfermeiros (2004) o enfermeiro deve abordar de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente. O mesmo Organismo salienta que o enfermeiro *“...promove o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, na equipa de Enfermagem onde está inserido...”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Embora as questões relacionadas com a ética e o dever legal sejam sempre de difícil gestão, tentou-se alicerçar os conhecimentos na responsabilidade social, ética e deontológica de enfermagem no domínio da responsabilidade ética e legal no trauma pediátrico, mantendo um relacionamento com o cliente e família, de acordo com o seu nível de compreensão, respeitando os seus direitos.

Objectivo 3. Adquirir e desenvolver competências em liderança e gestão de recursos num Serviço de Urgência

Actividades	- Reunir informalmente com o enfermeiro chefe/tutor
	- Observar e colaborar nas actividades desenvolvidas pelos enfermeiros no domínio da gestão
	- Observar a gestão efectuada pelo chefe de equipa na organização/distribuição dos seus elementos nos vários sectores da urgência

A Gestão de recursos, parte integrante da organização de qualquer serviço, engloba os recursos humanos, materiais e financeiros, sendo essencial para que se possam alcançar os objectivos delineados. Nesse campo a Ordem dos Enfermeiros (2010) no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no artigo 7 alínea b) refere que o enfermeiro especialista *“Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados”* e salienta que realiza a gestão dos cuidados, optimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Após reunião informal com a Enfermeira Chefe na UCIPed/Urgência Pediátrica do Porto e UCIPed Lisboa abordando esta temática, houve a oportunidade de acompanhar as enfermeiras responsáveis pela área da gestão.

A nível da gestão de *stocks* de materiais consumíveis e equipamentos, esta experiência foi uma mais-valia, uma vez que contribuiu para o desenvolvimento de competências na área, pois a experiência profissional neste contexto era pouca.

Relativamente à gestão recursos humanos, esta é realizada pelos Enfermeiros Chefes e pelos enfermeiros coordenadores de equipa em todos os contextos clínicos. Houve oportunidade de observar o tipo de funções exercidas. Constatou-se que o enfermeiro coordenador de equipa orienta e coordena as equipas de enfermeiros na prestação de cuidados, orienta e supervisiona as actividades desenvolvidas pelos assistentes operacionais e solicita a colaboração dos serviços de apoio. Agiliza o processo de transporte dos doentes inter e intra hospitalar, assumindo ainda a prestação de cuidados nas salas de emergência e trauma, sempre que necessário. Desempenha também um papel fundamental na colaboração com o chefe da equipa médica na resolução de ocorrências que surjam no serviço, assim como na transferência de clientes para outros hospitais. Apesar de constar no domínio de competências comuns do enfermeiro especializado, o tempo disponibilizado para este objectivo foi limitado uma vez que o tempo de ensino clínico foi curto mas tentou-se aproveitar todas as experiências. Para ultrapassar este constrangimento, as estratégias utilizadas foram maximizar as experiências com certas actividades realizadas pelos enfermeiros responsáveis pela gestão como observar a elaboração de horários, distribuição de equipas nos turnos, contacto com outros serviços e instituições, e resolução de problemas pontuais da dinâmica do serviço.

Como complemento nesta área menos desenvolvida, frequentou-se uma formação subordinada ao tema “Qualidade e Técnicas de Auditorias – Acompanhamento e Melhoria Contínua das Unidades Prestadoras” (anexo II). Esta formação possibilitou discutir com peritos na gestão de serviços a importância da realização de auditorias para a prestação de cuidados de qualidade.

Objectivo 3. Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais em Enfermagem na assistência à vítima em idade pediátrica em situação crítica, de médio e alto risco, que requer cuidados especializados na Área dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Actividades	- Observar/ Participar nas várias áreas de atendimento do serviço de urgência e emergência e unidade de cuidados intensivos
	- Consultar normas e procedimentos existentes no Serviço para abordagem do cliente vítima de trauma em situação de urgência e emergência (em contexto de urgência e cuidados intensivos)
	- Pesquisar bibliografia na área dos cuidados de enfermagem de urgência e emergência no trauma pediátrico
	- Proceder à avaliação primária e secundária e prestar cuidados ao cliente pediátrico de médio e alto risco em situação de urgência e emergência
	- Clarificar dúvidas com o enfermeiro chefe/tutor

No processo de integração nas Unidades do Porto e Lisboa e Serviços de Urgência Polivalente do Funchal e Lisboa, consultou-se normas e protocolos do Serviço o que permitiu uniformizar os procedimentos, no seio da equipa, e ao mesmo tempo, facilitou a integração e a prestação de cuidados. Teve-se necessidade de mobilizar conhecimentos já adquiridos durante a experiência profissional e actual percurso académico. Procurou-se prestar cuidados de enfermagem baseados nos problemas identificados, estabelecendo prioridades, planeando os cuidados a prestar, tendo sempre como objectivo o bem-estar na transição do cliente/família e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Na prestação de cuidados directos ao politraumatizado houve oportunidade de desenvolver várias técnicas de abordagem ao cliente, entre elas a transferência em bloco entre maca/cama, técnica de rolamento, colocação e substituição de colar cervical com imobilização da coluna cervical, avaliação primária através do protocolo A - *airway*; B – *breathing*; C – *circulation*; D – *desability*; E – *exposition*, e avaliação secundária. A avaliação e controlo hemodinâmico e neurológico foram acções sempre presentes na actuação. Estas linhas orientadoras vão ao encontro o que é preconizado

pela World Health Organization (2004), em que uma abordagem bem planeada e organizada à vítima de trauma é essencial para uma gestão óptima dos cuidados. Reforçando esta premissa o Conselho Europeu de Ressuscitação (2006), o Colégio Americano de Cirurgiões (2008) e a Society of Trauma Nurses (2008), referem que as vítimas de trauma são abordadas e as prioridades estabelecidas baseadas nas lesões, sinais vitais e mecanismos de lesão através da realização de uma avaliação primária e secundária com recurso à metodologia A - *airway*; B - *breathing*; C - *circulation*; D - *desability*; E - *exposition*.

Importa realçar que por vezes este método é levado ao exagero como acontece na Urgência Pediátrica do Porto, onde há um encaminhamento exagerado de clientes para a sala de trauma. A vítima de trauma ao dar entrada no serviço acompanhado pelos elementos do INEM ou Bombeiros com material de imobilização (plano duro, “aranha”, colar cervical), leva a que um dos enfermeiros, que se encontra na sala de triagem, acciona a equipa de enfermagem, sem uma prévia triagem do cliente (triado na sala de emergência). Esta situação leva, por vezes, a uma desvalorização do accionamento por parte de alguns profissionais, retardando o atendimento inicial. Considerou-se que seria útil uma redefinição formal dos critérios de admissão dos clientes vítima de trauma na sala de emergência de forma a evitar estas situações e potenciar a qualidade com a rapidez de intervenção adequada na prestação de cuidados das verdadeiras emergências. Este aspecto foi alvo de discussão com alguns elementos responsáveis de turno e enfermeira chefe, que concordaram com a opinião formulada, mas que era algo que se encontrava protocolado, e que seria difícil de alterar.

Realizou-se diversos procedimentos técnicos e manuseamento de equipamento nomeadamente: monitores cardíacos, ventiladores, bombas e seringas infusoras, colocação de cateteres centrais, linhas arteriais, drenagem torácicas, e cateter de avaliação de pressão intracraniana. Outras técnicas mais comuns como colaboração de entubação orotraqueal, colocação de sondas orogástricas e vesicais foram procedimentos também executados.

Salienta-se não ser uma experiência nova a abordagem destas técnicas e procedimentos, já que tive experiência prévia de trabalhar na UCIPed de Lisboa durante 3 anos. Além disso, nas Unidades onde desempenho funções, contacto diariamente com monitorização de parâmetros vitais por métodos invasivos seja na Urgência, seja na Viatura Médica de Emergência e Reanimação ou Helitransporte. No entanto, este estágio permitiu ter um olhar diferente, com uma postura mais assertiva e

equilibrada, pois como estudante e com a orientação dos Enfermeiros orientadores pude observar, o que enquanto profissional, na rotina diária não observava. Através deste olhar, mudei alguns aspectos fundamentais na prestação de cuidados. Entre outros, passei a ter uma visão mais holística centrado no binómio cliente/família com o incentivo à integração da família na prestação dos cuidados, estabelecendo uma relação de terapêutica mais produtiva com o cliente, quer na execução de procedimentos quer nas intervenções de enfermagem.

Como exemplo da utilização de todos os recursos, técnicas e intervenções que se realizou ao cliente/família, refere-se uma situação de prestação de cuidados a um adolescente vítima de acidente de moto, politraumatizado, com Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) e Contusão Pulmonar como diagnósticos principais. À entrada na UCIPed em Lisboa, transferido da Urgência Geral, encontrava-se em ventilação mecânica, com suspeita de trauma vertebro medular. Houve a oportunidade de colaborar na prestação de cuidados, mobilizando os conhecimentos na abordagem da vítima de trauma. Durante o turno o cliente foi realizar TAC Crânio encefálica e da região cervical. Desloquei-me ao Serviço de Imagiologia acompanhando a equipa do serviço, tendo previamente preparado o transporte intra-hospitalar. Mais tarde foi extubado, começando a ficar mais desperto, com alguma agitação psicomotora. Realizou-se uma avaliação do estado neurológico e da dor com escalas protocoladas pelo serviço. Iniciou-se analgesia prescrita, mantendo sempre uma supervisão dos possíveis efeitos secundários, e uma avaliação contínua do estado hemodinâmico. Procurou-se realizar um acolhimento na unidade adequado, continuando sempre que possível a integrar a família nos cuidados que foram prestados, pois estes encontravam-se cheios de dúvidas, medos e ansiosos. Foram incentivados a expressar os sentimentos, e colocar todas as questões que sentissem necessidade. Para Pereira *et al* (2010), um meio para a promoção do bem-estar da família é oferecer um espaço e oportunidade de expressar as emoções negativas, reconhece-las e geri-las de forma saudável. Toda a actuação desde que se recebeu o adolescente na unidade possibilitou uma reflexão acerca da forma correcta de abordagem de uma vítima de trauma e sua família, uma vez que toda a equipa trabalhou com um objectivo comum e foram prestados cuidados, na minha opinião, de excelência. Teve-se a oportunidade de realizar um estudo de caso nesta situação específica, utilizando como quadro de referência a Teoria das Transições de Afaf Meleis. A realização deste documento permitiu ter uma visão holística do cliente família e não apenas da situação. Realizou-

se uma revisão bibliográfica, consultando vários artigos, livros e algumas teses de mestrado, que permitiu uma melhor compreensão da temática, quer em relação ao enquadramento teórico da Teoria das Transições de Afaf Meleis, quer através da realização de um plano de cuidados, mobilizando e recordando conhecimentos e conceitos prévios do curso base de enfermagem relacionados com o processo de enfermagem e suas etapas.

Para além das situações que respondem directamente à área do projecto, houve a oportunidade de contactar e prestar cuidados de enfermagem a outras crianças com patologias frequentes na unidade e urgência geral, o que valorizou o estágio, pois as situações de trauma pediátrico nem sempre foram uma constante. Entre as mais comuns foram: os pós-operatórios (mais frequentes do foro neurocirúrgico e ortopédico), sepsis, meningites, patologia do foro respiratório e cardíaco, transplantes renais e técnicas dialíticas nas UCIPed(s). Na Urgência Geral foram várias as situações médicas (E.A.M., Sépsis, patologia do foro respiratório e psiquiátrico, etc.) e cirúrgicas (politrauma, queimados, patologia abdominal, etc.) em adultos.

No âmbito do trauma pediátrico participei nas I Jornadas Helped Emergency “O trauma na Criança e no Adulto” (anexo III), onde houve oportunidade de ouvir a opinião de peritos na área acerca de temas relacionados com o trauma tornando-se numa ferramenta onde se colheram conhecimentos que posteriormente foram utilizados na prática clínica. Relativamente à utilização, cada vez mais frequente, da Ventilação Não Invasiva em clientes vítimas de trauma houve a oportunidade de adquirir e desenvolver competências através de dois cursos realizados na área: “Curso de Formação Profissional de Ventilação Não Invasiva no Serviço de Urgência” (anexo IV); “Curso Ventilação Não Invasiva – Segurança do Doente nos Procedimentos Invasivos” (anexo V).

Objectivo 4- Desenvolver competências na comunicação e estabelecimento de relação terapêutica com a família/pessoas significativas da vítima de trauma em idade pediátrica

Actividades	- Promover uma relação de confiança, empatia, privacidade e confidencialidade com a família
	- Acompanhar o enfermeiro na preparação da família no momento do acolhimento, de acordo com o guia do serviço
	- Identificar particularidades socioculturais da família
	- Fornecer informação pertinente, de acordo com o nível de entendimento da família
	- Analisar a eficácia da comunicação
	- Colaborar no ensino e preparação para a alta

Para Urden, Stacy, & Lough (2008), os clientes das unidades de cuidados intensivos são os que apresentam alto risco de problemas que ameaçam a vida, existentes ou potenciais. Estar internado num qualquer serviço hospitalar acarreta habitualmente muita ansiedade e medo para o cliente e família, mas estar num serviço de urgência ou unidade de cuidados intensivos, resultado de uma queda, acidente, atropelamento entre outras situações, em que o cliente se encontra conectado a vários aparelhos, muitas vezes com grande instabilidade, a probabilidade de ansiedade é ainda maior. O cliente vítima de politrauma em idade pediátrica insere-se neste quadro. Cabe ao enfermeiro diminuir essa ansiedade estabelecendo uma efectiva relação de ajuda com o cliente e família. Entende-se que a parte relacional está intrinsecamente ligada aos cuidados de enfermagem, contribuindo para uma humanização desses cuidados. Considera-se o binómio cliente/família como “um ser holístico”, que não pode deixar de ser observado como tal, pois o seu estado emocional pode, na maioria das vezes, estar tão comprometido quanto o físico. Benner (2001), complementa este pressuposto afirmando que a enfermeira apoia e otimiza o papel positivo dos membros da família na cura do cliente, dando-lhe informações necessárias para lhe providenciar cuidados físicos e proporcionando apoio afectivo. Nesse sentido sempre que se deu entrada a uma criança/família na unidade/serviço de urgência, realizou-se o acolhimento à família adequado à situação. Na UCIPed de Lisboa e Porto iniciou-se sempre a integração com a apresentação, através de uma forma calma e objectiva, utilizando uma

linguagem acessível de modo simples sem usar termos técnicos, deixando espaço e tempo para a colocação de dúvidas. Foi evidenciado com bastante agrado a satisfação da família por esta abordagem personalizada. O'Connell (2008), refere que as UCI's são caracterizadas pelo seu ambiente tecnológico, frio e distante, que actua como barreira e neste contexto a comunicação pode ser comprometida. Após "*quebrado o gelo inicial*", foi apresentado o espaço físico e os objectivos da unidade complementando com os direitos/deveres do cliente/família. Nos serviços de Urgência Polivalente do Funchal e Lisboa como na Urgência Pediátrica do Porto, após prestação dos cuidados imediatos à criança/adolescente, integrou-se a família nos cuidados dentro do que era possível, incentivando e discutindo com os colegas os benefícios para a unidade familiar. Saliente-se que no contexto das Urgências Polivalentes, as intervenções de enfermagem restringiam-se essencialmente aos aspectos técnicos. Promoveu-se debates entre pares a fim de privilegiar a comunicação com as famílias, centrando os cuidados, considerando-as como parceiros ideais/principais dos cuidados a serem executados e simultaneamente alvo dos cuidados.

Tendo em conta todos estes aspectos e o ambiente gerador de ansiedade, procurou-se alterar o padrão comunicacional, desenvolvendo uma comunicação mais cuidada e eficaz com a família sempre que possível. Utilizou-se uma linguagem acessível e adequada à situação, fornecendo informação pertinente e acessível de acordo com o nível de entendimento do cliente e sua família. Sentiu-se o retorno de uma comunicação eficaz através dos sorrisos e agradecimentos pelos clientes e familiares assim como a procura destes na prestação de cuidados. Segundo a alínea a) e b) do Artigo 89º do Código Deontológico dos Enfermeiros "*O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa*" (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Fazendo referência aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, os enfermeiros especializados nesta área devem preocupar-se com "*a gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e/ou falência orgânica*". (Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2011, p. 5). Nos diversos contextos teve-se sempre a preocupação de instituir como premissa, para uma efectiva relação terapêutica, a inclusão da família como cuidador e alvo de

cuidados, ideal que esteve sempre implícito na organização do trabalho, fundamentando cientificamente as intervenções executadas, de forma a dinamizar todo o processo do cuidar, elevando-o a um patamar de excelência. Agindo em conformidade com o que é referido pela Ordem dos Enfermeiros (2011), o enfermeiro especializado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica deve implementar técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica em pessoas em situação crítica. O mesmo organismo refere que as intervenções de enfermagem são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

A relação estabelecida com cliente e família foi naturalmente conseguida, através da utilização de técnicas de comunicação verbais e não-verbais adequadas à realidade das UCIPed(s) e Serviços de Urgência.

O sentimento que os familiares nos transmitem, a necessidade de verbalizar os seus medos e angústias, sentirem-se apoiados, tornando-nos confidentes, usando uma linguagem comum a quem está a sofrer, mesmo de forma não-verbal, a confiança depositada no nosso trabalho, em troca de um cuidado personalizado, assente em premissas científicas, fez com que sentisse um elemento importante no processo do cuidar. Este bem-estar permitiu e encorajou a desenvolver mais competências e técnicas na área da comunicação através da pesquisa bibliográfica.

Outro aspecto importante neste quadro são os pais/pessoas significativas destas crianças que estão a passar por um processo de transição saúde/doença. Para Meleis *et al* (2000), os enfermeiros muitas vezes são os principais cuidadores de clientes e das suas famílias, que estão em fase de transição, podendo as experiências de transição ser potencialmente problemáticas, causando dano e dificuldade na recuperação.

Neste sentido tentou-se utilizar adequadamente a competência da comunicação com o objectivo facilitar o processo de transição dos pais/pessoas significativas, aumentando os seus conhecimentos acerca da situação presente, e dessa forma, aumentando as suas competências e capacidades para lidar com a situação e serem posteriormente eles os cuidadores. Ao actuar como facilitador do processo de transição saúde-doença dos pais, também o foi feito pela criança, que necessita da sua presença e de se sentir segura e amada.

Mas em algumas situações houve sensações de impotência, pois certos casos tornaram-se desesperantes, fora da capacidade de ajuda, o que deixou transparecer sentimentos de angústia. Neste campo Diogo (2006) afirma que o confronto com o sofrimento da criança e família causa nos profissionais a vivência de emoções como ansiedade, o medo e a impotência difíceis de suportar.

Todas estas situações foram alvo de partilha e discussão com os tutores. Estes referiram que são acontecimentos que despertam sentimentos semelhantes e frequentes nas unidades, e que pouco é feito para ultrapassar esta situação. Na UCIPed em Lisboa e no Porto sugeriu-se o início de um projecto que passaria por uma reunião mensal com a equipa interdisciplinar no sentido de fomentar a expressão dos sentimentos vivenciados pela equipa. Os enfermeiros tutores estiveram de acordo com a sugestão, mas alguns constrangimentos como o tempo do estágio, a falta de disponibilidade da equipa e a dificuldade na anuência da ideia impediram a implementação do projecto. A literatura consultada sugere que o trabalho em equipa afecta o resultado final, sendo que a reflexão conjunta promove que todos os elementos conheçam os recursos disponíveis e os membros da equipa, partilhem informação, tomem mais decisões em equipa e projectem o que pretendem atingir facilitando a criação de um plano de acção. Desta forma, ao contrário de uma discussão “fechada” em que apenas se pretende chegar a um consenso, desenvolvem-se discussões “abertas” em que o objectivo é a partilha de ideias e pontos de vista, permitindo reflectir sobre acontecimentos passados (o que aconteceu) e o que será alterado/melhorado no futuro (o que farei de diferente quando suceder uma situação semelhante) (Kuliukas, King, & Ford, 2009). Apesar de não se implementar a ideia ficou e houve discussão do assunto entre pares que seria importante desenvolver estratégias para ultrapassar certas situações, o que já por si considera-se relevante.

Houve ainda a oportunidade de assistir a uma formação em serviço na UCIPed em Lisboa, realizada por um enfermeiro no nível de perito segundo o modelo de Patrícia Benner, subordinado ao tema *“Comunicação entre profissionais e clientes/ família”*. Esta formação teve como objectivos: Transmitir à equipa de enfermagem e assistentes operacionais o significado de comunicar; Atitudes/ estilos comunicacionais; Comunicação não-verbal; Conflitos/ gestão de conflitos; Transmissão de más notícias. A acção foi bastante esclarecedora e muito actual. Foi motivadora, no sentido de que a comunicação em pediatria é uma área muito importante, pois em algumas situações existe dificuldade em informar ou entender os pais. Nesse sentido a formação permitiu

desenvolver novas estratégias, entre outras, como usar linguagem apropriada e directa, fornecer aos clientes e familiares informações claras e concretas, desenvolver escuta activa, criar empatia, usar canais múltiplos para estimular os vários sentidos do receptor (visão, audição, etc) que ajudam a ultrapassar dificuldades sentidas em certos momentos. Outro aspecto muito importante da formação foi a transmissão de conhecimentos que permitiu adquirir ferramentas para lidar com conflitos entre pares, através de adopção de uma postura, atitudes e estilos assertivos.

Da pesquisa e análise bibliográfica sobre o tema da inclusão da família/pessoas significativas no plano de cuidados surgiu a ideia de partilhar esses conhecimentos. Assim, juntamente com uma colega do mestrado, realizou-se um *poster* com o título “Comunicar com a família/pessoas significativas do doente crítico internado em UCI: uma intervenção fundamental no cuidado especializado em enfermagem” (anexo VI), apresentado nas 6^{as}. Jornadas do Doente Crítico do Centro Hospitalar Lisboa Norte cujo tema era a “Pessoa em Situação Crítica”, em Janeiro de 2012.

Objectivo 5 - Desenvolver e adquirir competências em Enfermagem no âmbito dos protocolos terapêuticos e sua administração e na gestão da dor no cliente pediátrico em situação crítica;

Actividades	- Pesquisar bibliografia na área dos protocolos terapêuticos e gestão da dor
	- Identificar e implementar instrumentos de avaliação da dor adequados à idade pediátrica
	- Identificar os fármacos mais utilizados em situação de trauma pediátrico
	- Colaborar na instituição precoce de medidas analgésicas na vítima de trauma pediátrico, identificando os benefícios psicofisiológicos
	- Identificar e implementar medidas farmacológicas e não farmacológicas no tratamento da dor no trauma pediátrico
	- Identificar possíveis interações medicamentosas e efeitos secundários/adversos

A dor é actualmente reconhecida como uma das principais causas de sofrimento do ser humano, levando à diminuição da qualidade de vida, com interferência directa nas

relações interpessoais, sociais e comportamentais. Os enfermeiros são referenciados como o grupo profissional, que por inerência da sua actividade, mais tempo passa junto dos clientes. Neste campo Fernandes (2007) refere que se esse facto é uma realidade, então dada a natureza do “mandato social” da Enfermagem, a correcta percepção desta circunstância deverá traduzir-se em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Na pediatria, a dor é um dos principais focos de atenção dos profissionais de saúde, sendo que em cuidados de emergência a mais frequente é a dor aguda. Os Serviços de Urgência, mas principalmente as Unidades de Cuidados Intensivos, são por excelência os serviços onde se podem encontrar clientes muito vulneráveis à dor, seja pela patologia em si (vítimas de trauma, queimados, pós-cirúrgicos, etc.), pelos procedimentos a que estão sujeitos (colocação de cateter venoso periférico e central/linha arterial, drenagem torácicas, punção lombar, ventilação mecânica, aspiração de secreções, cardioversão, etc.), ou apenas pelo incómodo da luz ou ruídos inerentes a uma Unidade de Cuidados Intensivos (Tarrio, 2003; Sessler & Wolfram, 2008). Seguindo estes conceitos, aliados à prática do dia-a-dia, a avaliação precoce da dor, foi sempre um compromisso na abordagem do politraumatizado. Ao realizar estas acções teve-se a noção que ao diminuir o sofrimento do cliente, interferiu-se também directamente na visão que os familiares têm do profissional de enfermagem. Outra área que se alterou a atitude foi nas intervenções realizadas com o intuito de diminuir a dor aguda no trauma pediátrico, através da utilização de escalas de avaliação da dor adequadas, com a implementação de medidas não farmacológicas (intervenções autónomas de enfermagem) em complementaridade com as farmacológicas (intervenções interdisciplinares), essenciais na prestação de cuidados de enfermagem de excelência. Neste campo a Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (2011) refere que o enfermeiro especializado na Pessoa em Situação Crítica faz a gestão diferenciada e eficaz da dor com a implementação de instrumentos de avaliação de dor e de protocolos terapêuticos, medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor.

Ao integrar os conhecimentos adquiridos na unidade curricular de cuidados intensivos concluiu-se que a analgesia eficaz permite aumentar a qualidade de vida do cliente, bem como potencia a sua recuperação. Entre outros aspectos a analgesia permite a optimização da performance pulmonar, facilita a mobilização precoce, diminui a probabilidade de catabolismo aumentado, os níveis de concentração de catecolaminas plasmáticas, o consumo de oxigénio pelo miocárdio, a realização de exames

complementares invasivos, o uso de técnicas invasivas para controlo hemodinâmico, entre outros (Smeltzer & Bare, 2002; Urden, Stacy, & Lough, 2008).

Outro exemplo a destacar no que se refere ao controlo da dor, foram as acções desenvolvidas nas UCIPed(s) do Porto e Lisboa com o objectivo de promover a correcta analgesia dos clientes submetidos a ventilação mecânica. Pelo facto destes se encontrarem sob efeito de sedoanalgesia, houve sempre uma preocupação em colaborar no “*desmame*” precoce da sedação, mas mantendo uma analgesia adequada. Deste modo, procurou-se, assim que possível, que o cliente ficasse mais desperto, sem dor, permitindo uma maior colaboração (quando possível e adequado à idade). Esta realidade proporcionou um leque diferenciado de intervenções de enfermagem nomeadamente a comunicação com o cliente ventilado, mais desperto e colaborante, assumindo um papel fundamental na sua recuperação. Simultaneamente com redução da ansiedade da unidade familiar, promoveu-se a melhoria do padrão respiratório, proporcionando extubações precoces, com diminuição de todos os efeitos indesejáveis que a entubação orotraqueal induz.

No sentido de otimizar a prevenção e tratamento da dor, o enfermeiro trabalha com outros profissionais, sendo que tem uma relação mais directa e abrangente com a equipa médica, por ser o grupo profissional responsável pela prescrição dos fármacos. Na Urgência Polivalente de Lisboa, Urgência Pediátrica do Porto e UCIPed(s) de Lisboa e Porto é variadíssima a gama de fármacos que são usados regularmente, seja no tratamento da dor, ou na sequência de necessidades por parte do cliente consoante a patologia. O tratamento farmacológico é iniciado com a prescrição médica em função do diagnóstico (tipo de fármaco, via e modo da administração, dose, frequência). Em todos os contextos clínicos, houve a responsabilidade pela preparação e administração dos fármacos prescritos, com avaliação e registo dos efeitos da terapêutica. Vigiam-se e controlaram-se efeitos secundários ou adversos, e decidiu-se quando administrar analgesia prescrita, em SOS, sempre com a colaboração dos enfermeiros tutores ou na sua ausência com a colaboração da equipa.

Para melhor compreender como a dor pode ser avaliada no doente inconsciente e juntamente com outros colegas do mestrado realizou-se um artigo de Revisão Sistemática da Literatura acerca de escalas da dor existentes e de quais os indicadores que cada uma delas avalia (anexo VII). Embora se refira ao cliente adulto, ajudou a compreender a problemática da dor no cliente inconsciente e a sua (sub)valorização. A realização deste artigo permitiu desenvolver um trabalho em grupo, onde foi fomentada

a discussão e debate de ideias através da evidência científica mais recente, permitindo ainda, após a sua publicação a partilha de contributos com os pares.

De toda a pesquisa e análise bibliográfica que se realizou acerca do tema da dor aguda em idade pediátrica, surgiu a motivação de escrever um artigo que foi aceite para publicação por uma revista de enfermagem e que aguarda publicação subordinado ao título *“Dor aguda no doente crítico em pediatria – Intervenções de Enfermagem”* (anexo VIII). Com a pesquisa bibliográfica realizada na elaboração do artigo, fundamentou-se as acções nas intervenções realizadas, tendo-se alterado alguns procedimentos e técnicas realizadas anteriormente, essencialmente nas intervenções não farmacológicas para o tratamento da dor.

Relativamente ao contexto clínico realizado na UCIPed de um Hospital de Lisboa, por se encontrar em processo de acreditação, a elaboração e gestão de protocolos de actuação era um processo em desenvolvimento. Após discussão com o enfermeiro orientador, verificou-se a necessidade de realizar alguns protocolos para o serviço que se encontravam em falta, nomeadamente: Protocolo de Drenagem de Pneumotórax Hipertensivo por agulha/cateter; toracostomia emergente com agulha (anexo IX), Protocolo de Cuidados de Enfermagem ao Cliente vítima de traumatismo vertebro-medular (anexo X) e Protocolo de Cuidados de Enfermagem ao Cliente com Drenagem Torácica (anexo XI). A realização destes documentos permitiu cimentar conhecimentos e competências anteriormente adquiridas e ao mesmo tempo, através da pesquisa bibliográfica sustentada em publicações recentes, actualizar novos conceitos e *guidelines* de actuação. Outra vertente importante foi a oportunidade de “ter tido um olhar novo” sobre protocolos, não só de uma forma meramente tecnicista, mas de formar a realçar a importância das intervenções de enfermagem sejam de forma interdependente ou autónoma, centradas no binómio cliente/família.

Objectivo 6. Identificar na equipa de Enfermagem da Urgência Polivalente em Lisboa possíveis carências formativas e dificuldades de actuação na área do trauma pediátrico

Actividades	- Observar a actuação da equipa de enfermagem em situação de abordagem à vítima de trauma pediátrico
	- Reunir informalmente com enfermeiro chefe/tutor
	- Aplicar questionário para caracterização da equipa de enfermagem face à faixa etária, tempo de experiência profissional e tipo de formação na área do trauma pediátrico
	- Elaborar trabalho escrito e posteriormente apresentar resultados à equipa de enfermagem.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2011) este “*responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade*” actuando como “*formador oportuno em contexto de trabalho*”.

Para dar resposta ao objectivo traçado efectuaram-se dois questionários e uma grelha de observação.

O primeiro questionário (“Formação em Trauma Pediátrico da Equipa de Enfermagem”: anexo XII), teve como objectivo caracterizar a equipa e o tipo de formação em trauma pediátrico da equipa de enfermagem. Colaboraram no preenchimento deste instrumento 38 profissionais, de um total de 99 enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem da referida urgência. Os profissionais que responderam ao questionário apresentavam uma média de idades de 29,8 anos, tempo de serviço como profissionais de enfermagem de 7,02 anos e tempo de serviço na urgência polivalente de 6,05 anos. Concluiu-se que a maioria dos enfermeiros inquiridos (87%) não tinha formação em suporte avançado de vida pediátrico e 66% referiu não ter formação em suporte avançado de vida em trauma pediátrico. Relativamente à identificação dos cursos realizados, o curso com maior frequência foi o PEPP (nº=7), seguido do ATCN (nº=6) e por último o Curso de Emergências Pediátricas (nº=2). Todos os cursos foram realizados nos últimos 5 anos. A maioria dos inquiridos (92%) referiu que a instituição onde trabalham não lhes proporcionou formação, embora todos sugerissem que esta seria essencial para a prestação de cuidados à vítima em idade pediátrica. No que diz

respeito à realização de formação em entidades externas à instituição as principais razões apontadas pelos enfermeiros da sua não frequência das mesmas foram: os preços dos cursos, falta de conhecimento dos mesmos, falta de tempo, falta de motivação e falta de oportunidade. No que concerne à opinião dos inquiridos acerca da abordagem à vítima de trauma em idade pediátrica ser feita na Urgência Polivalente, a maioria (84%) considerava que esta devia ser feita não ali, mas na Urgência Pediátrica da instituição, evocando como principal razão o facto da abordagem ao cliente pediátrico ser distinta e necessitar de profissionais experientes.

O segundo questionário (“Dificuldades sentidas na prestação de cuidados à vítima em idade pediátrica: aspectos positivos e aspectos a melhorar”: anexo XIII), teve como objectivo aferir as dificuldades sentidas na prestação de cuidados à vítima de trauma em idade pediátrica, e promover a reflexão na equipa sobre aspectos positivos e aspectos a melhorar. Este instrumento foi aplicado após a prestação imediata de cuidados na equipa onde se desenvolveu o ensino clínico (constituída por 14 elementos), preenchendo-se ainda nessa altura a grelha de observação (“Observação de prestação de cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma em idade pediátrica”: anexo XIV), que teve como objectivo observar a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma, tendo como referência alguns critérios na avaliação primária da vítima. Realizaram-se 5 observações, com a sequência de 5 questionários efectuados.

Durante as observações efectuadas demonstrou-se que, a nível técnico, os enfermeiros realizaram os procedimentos de acordo com as orientações referindo, posteriormente, terem sentido dificuldade na obtenção de acessos venosos, preparação e administração de fármacos e comunicação com o cliente/família. Salientam que deveriam melhorar nestes aspectos assim como na avaliação e administração precoce de fármacos para o controlo e diminuição da dor. Relativamente aos elementos positivos, os inquiridos responderam o rigor, a destreza, o profissionalismo, a capacidade de proporcionar conforto, segurança e sorriso na criança, capacidade técnica de intervenção como aspectos principais na sua actuação. As conclusões deste trabalho foram apresentadas ao enfermeiro orientador e ao enfermeiro chefe e foram discutidas entre pares. A equipa ficou desperta para a importância da formação na área da pediatria. Propôs-se a realização de formação em serviço na área do trauma pediátrico, estabelecer protocolo com o Serviço de Pediatria com o intuito de realizar momentos de formação na urgência e unidade de cuidados

intensivos pediátricos e a realização do curso ministrado na instituição pela UCIPed: *Estabilização e Transporte da Criança Gravemente Doente*.

Apesar de, ou por ser, uma equipa jovem, conforme verbalizado pelo enfermeiro chefe e enfermeiro tutor, esta tem revelado dinâmica no seu processo formativo, apostando na formação contínua e especializada de enfermagem. A grande maioria dos enfermeiros referiu possuir formação em suporte básico e avançado de vida em adultos.

Considerou-se o défice de formação na área do trauma pediátrico bastante preocupante, na medida em que é um ponto essencial para uma real efectiva prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

Durante este contexto clínico houve abertura de toda a equipa de enfermagem para a discussão de alguns aspectos relativos à organização, onde foi possível mobilizar alguns conhecimentos adquiridos e desenvolvidos em outros contextos. Alguns dos aspectos discutidos foram relativamente à organização dos registos de enfermagem, nomeadamente a utilização da metodologia ABCDE, e acerca da organização da sala de reanimação, nomeadamente a substituição dos carros de urgência por armários onde o material estaria organizado de acordo com a metodologia ABCDE.

Objectivo 7 - Gerir e interpretar de forma adequada a informação decorrente da formação inicial, experiência profissional e formação pós-graduada

Actividades	- Incorporar os conhecimentos teóricos e teórico-práticos na prática clínica recorrendo à pesquisa bibliográfica quando necessário, com vista à maximização do processo de aprendizagem
	- Realizar jornais de aprendizagem como ferramenta de prática reflexiva baseada em evidências científicas.

Ao longo das diferentes etapas que fizeram parte do estágio sentiu-se a necessidade de mobilizar e enquadrar os conhecimentos e aprendizagens do foro profissional e académicos prévios, assim como a teoria recentemente adquirida durante a frequência do curso de mestrado e ajustá-la à realidade, obtendo e desenvolvendo novos conhecimentos e competências.

A tomada de decisões foi baseada na evidência científica, algo que se tornou numa ferramenta estruturante do percurso. Relativamente aos cuidados de saúde baseados

na evidência científica, estes consistem em realizar os cuidados de modo eficaz baseados em padrões de qualidade e excelência, garantindo que o que é desenvolvido é efectuado com qualidade a fim de se obter mais resultados positivos que nefastos (Craig & Smyth, 2004). Foi também essencial a reflexão acerca dos cuidados prestados durante o estágio, o que permitiu um “novo olhar” sobre os cuidados, um olhar mais focado na especificidade do cliente vítima de trauma em idade pediátrica em situação crítica. De acordo com Craig & Smyth (2004), a prática reflexiva é um elemento vital, a chave para avaliação dos cuidados de saúde baseados na evidência, pois ao reflectir-se sobre a boa prática profissional do dia-a-dia, orientamos e norteamos os cuidados para a qualidade e excelência, podendo avaliar o impacto das intervenções de forma contínua, bem como os resultados das interacções no seio da unidade familiar e público em geral.

Objectivo 8 - Desenvolver a análise crítica e construtiva relativamente ao processo ensino/aprendizagem e elaborar um relatório de reflexão crítica de actividades como forma de expressar a aprendizagem desenvolvida ao longo do estágio.

Actividades	Elaborar um relatório crítico referenciando os aspectos mais relevantes da aprendizagem, descrevendo e analisando as experiências e sentimentos vivenciados ao longo do estágio através da reflexão sobre os saberes e os factores que contribuíram para o desenvolvimento de competências
--------------------	--

Este relatório surge para dar cumprimento ao objectivo traçado de forma a transmitir as experiências vivenciadas durante os vários contextos clínicos que fizeram parte do estágio. Para Benner (2001, p.60) *“as enfermeiras peritas poderão beneficiar da consignação e da descrição sistemática dos incidentes críticos que terão vivido ao longo das suas práticas, as quais põem a nu a experiência ou a baixa de competência”*. A mesma autora salienta que muito do conhecimento que não está sustentado pela teoria está implícito na prática e no *“saber fazer”* das enfermeiras *“peritas”*, mas esse saber não evolui nem se expande se os profissionais de enfermagem não registarem sistematicamente o que vão aprendendo a partir das suas próprias experiências a fim de analisar, reflectir e comparar com experiências passadas. A reflexão das vivências e

aprendizagens torna-se uma ferramenta essencial, pois só dessa forma se pode crescer não só profissionalmente mas também pessoalmente. Ordaz (2011) destaca que para se reconhecer a experiência ela tem que ser reflectida e comunicada, dando-se início a um processo narrativo que é uma representação da experiência vivida. Em contexto formativo, a reflexão torna-se ainda mais importante, pois permite mostrar o que se está a fazer, que competências estão a ser desenvolvidas e que estratégias estão a ser usadas para ultrapassar as dificuldades, num processo interactivo entre o narrador e o orientador/tutor, além de ser um documento que serve para a avaliação do formando.

Ser competente não é, nem nunca será, um estado ou um dado adquirido, não se resume a um “saber” ou a um “saber fazer”, pois um enfermeiro competente deverá saber transferir aquilo que aprendeu adaptado a cada situação concreta.

Tornou-se importante o envolvimento nas várias equipas, propiciando espaço para a reflexão e partilha de experiências de ambas as partes. Transpor para a prática os conhecimentos adquiridos na teoria tornou-se factor decisivo no desenvolvimento deste percurso, em que o cliente/família se podem apresentar instáveis, havendo necessidade de mobilizar competências especializadas para cuidar deste binómio.

Deste modo, sintetizou-se no relatório os aspectos mais relevantes necessários para descrever a actuação desenvolvida nos vários contextos clínicos e que serviram de alicerce no crescimento enquanto pessoa e profissional.

Procurou-se ainda descrever e analisar como foram desenvolvidas as competências técnicas e científicas na prestação de cuidados especializados ao cliente/família em estado crítico vítimas de trauma em idade pediátrica.

4 - CONCLUSÃO

A elaboração do presente relatório resultou de uma reflexão crítica da prática dos cuidados prestados, do progresso individual e das experiências vivenciadas durante o estágio nos diversos contextos. Deste modo, a preparação deste documento constituiu um óptimo meio para desenvolver a capacidade de reflexão durante o percurso, o que facilitou a identificação das necessidades de aprendizagem e dificuldades, permitindo reflectir sobre a evolução, nomeadamente a nível das competências do enfermeiro especializado na pessoa em situação crítica na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma em idade pediátrica, de modo a melhorar o desempenho. De facto, os conhecimentos transmitidos na teoria podem ser melhor assimilados e entendidos quando associados à prática clínica. Foi efectuada uma caminhada, na qual se valorizou a aquisição de experiência numa área diferenciada da prestação de cuidados de enfermagem e se mobilizou a evidência científica, aplicando-a à prática dos cuidados, integrando a teoria de Afaf Meleis, o que se traduziu numa prática de enfermagem avançada, assente na investigação científica, teorias e conceitos de enfermagem, que ilustram aquilo que deve ser o papel do enfermeiro especializado.

A Enfermagem é uma profissão de ajuda. Nós, enfermeiros, não nos podemos limitar a ser bons técnicos, devemos preocupar-nos com a criança/família numa perspectiva holística, ajudando-os a enfrentar os seus problemas ou a sua situação de crise com todos os recursos disponíveis.

Um dos objectivos da enfermagem é entender os processos de transição e desenvolver terapêuticas efectivas que ajudem a recuperar a estabilidade e o bem-estar, consoantes com o projecto de saúde individual (Schumacher & Meleis, 1994). Quando ocorrem situações de transição, os enfermeiros são os cuidadores principais do cliente/família por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas acarretam nas suas vidas e os preparem para melhor lidarem com essas transições através da aprendizagem e aquisição de novas competências (Meleis *et al*, 2000).

Este estágio tornou-se numa experiência determinante, no que respeita à actuação como enfermeiro especializado, ao permitir ganhar experiência com métodos de trabalho, que irão determinar o desenvolvimento profissional contínuo, bem como permitirão contribuir de forma mais eficaz para a melhoria dos cuidados prestados em contexto de trabalho.

Cuidar em ambiente de emergência/urgência, seja numa Unidade de Cuidados Intensivos ou numa Urgência, passa pelo conhecimento de toda a envolvente sócio-familiar, pela percepção de pequenos sinais que podem ser indicativos de problemas cuja dimensão é incalculável, compreender as necessidades e saber solucioná-las, ajudar a percorrer um caminho tantas vezes torto e sinuoso.

Num serviço com grande diversidade de situações traumatológicas graves, em que existe uma grande vulnerabilidade, a forma de estar do enfermeiro deve transmitir segurança e afecto desde o primeiro olhar.

Actualmente a prática de enfermagem não se reduz ao cumprimento das prescrições médicas, mas também ao planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem autónomos, estabelecendo prioridades baseados no próprio saber de enfermagem e na utilização de múltiplos saberes, na participação activa, no desenvolvimento pessoal e profissional.

Quando se iniciou o estágio a partir do qual surge este relatório, pretendeu-se adquirir e desenvolver competências especializadas numa área específica: cuidar da pessoa em situação crítica vítima de trauma em idade pediátrica. Foi um desafio devido ser a área onde houve sempre um grande enfoque na parte de actividade profissional e aprendizagens realizadas. No entanto, o trabalho desenvolvido, a dedicação e o apoio de todos os orientadores, quer na prática clínica quer de todo o percurso efectuado, foi possível trabalhar, permitindo adquirir e desenvolver estas competências com sucesso.

Foram surgindo alguns constrangimentos e dificuldades, tais como, em alguns contextos clínicos não ter tido oportunidade de cuidar de clientes vítimas de trauma em número desejado. No entanto, estas dificuldades foram ultrapassadas, com a pesquisa bibliográfica e trabalhos desenvolvidos, com apoio e orientação da Professora Sónia Ferrão e do Professor Miguel Oliveira bem como a ajuda das equipas dos serviços onde se desenvolveu os diversos contextos clínicos, que sempre se mostraram disponíveis para o esclarecimento de dúvidas.

Ficou demonstrada a importância das competências específicas do cuidar em Enfermagem, com o objectivo de facilitar o processo de transição e minimizar a morbilidade/mortalidade em idade pediátrica e maximizar a importância da envolvência familiar, social e cultural como alvo do processo do cuidar.

Aos enfermeiros orientadores foi pedido que realizassem uma análise do processo de aquisição de competências ao longo do estágio realizado, encontrando-se em anexo (Anexo XV - Apreciação dos enfermeiros orientadores).

Tendo em conta o percurso realizado e as competências desenvolvidas, conclui-se ter atingido o nível de perito na abordagem à Pessoa em Situação Crítica vítima de trauma em idade pediátrica.

5 – BIBLIOGRAFIA

Abramovici, S., & Souza, R. L. (1999). Abordagem em Criança Politraumatizada. *Jornal de Pediatria*, 68-78.

Alto Comissariado da Saúde. (Setembro de 2009). *Alto Comissariado da Saúde*. Obtido em 15 de Maio de 2011, de Web site do Alto Comissariado da Saúde: http://www.acs.min-saude.pt/files/2010/08/RelatorioCNCSA_2edicao.pdf

Amaral, J. M. (2008). *Tratado da Clínica Pediátrica* (Vol. I). Alfragide: ABBOTT.

American Academy of Pediatrics. (Abril de 2008). Management of Pediatric Trauma. *Pediatrics*, pp. 849 - 854.

Aquino, P. S., Melo, R. P., Lopes, M. V., & Pinheiro, A. K. (Set./Out. de 2009). Análise do conceito de tecnologia na enfermagem segundo o método evolucionário. *Acta Paulista de Enfermagem*, pp. 690-696.

Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2011). Proposta dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Ordem dos Enfermeiros.

Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2009). *Resumo do Relatório: Quedas em Crianças e Jovens 2000-2009 Um Estudo Retrospectivo*. Obtido em 12 de Abril de 2011, de Web site da Associação para a Promoção da Segurança Infantil: www.apsi.org.pt/24/apsi_relatorio_digital.pdf

Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (12 de Outubro de 2010). *APSI*. Obtido em 15 de Maio de 2011, de Web site da APSI: http://www.apsi.org.pt/24/comunicado_de_imprensa_alargado.pdf

Associação para a Promoção Segurança Infantil. (Novembro de 2007). *Plano de Acção para a Segurança Infantil em Portugal*. Obtido em 17 de Maio de 2011, de Web site da APSI: http://www.apsi.org.pt/24/pasi_sumario_novembro07.pdf

Barra, D. C., Justina, A. D., Bernardes, J. F., Vespoli, F., Rebouças, U., & Cadete, M. M. (Out/Dez de 2005). Processo de Humanização e a Tecnologia para o Paciente internado numa Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Mineira de Enfermagem*, pp. 341-347.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.

Cardoso, R., Pereira, C., Maia, C., Dinis, A., Pinto, C., Carvalho, L., et al. (2010). Trauma Pediátrico da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra, 1999-2008. *Saúde Infantil 2010*, pp. 9-12.

Coimbra, R., Soldá, S., Casaroli, A., & Rasslan, S. (1999). *Emergências traumáticas e não traumáticas*. São Paulo: Editora Atheneu.

Colégio Americano de Cirurgiões. (2008). *ATLS - Manual do Curso de Alunos*. Chicago: American College of Surgeons.

Comissão Regional do Doente Crítico. (2008). *Um ano de reflexão e mudança!* Porto: Administração Regional Saúde - Norte.

Conselho Europeu de Ressuscitação. (Novembro de 2006). *EPLS Provider Manual. Curso Europeu de Suporte de Vida Pediátrico*. Porto, Versão Portuguesa: Conselho Português de Ressuscitação - Grupo de Reanimação Pediátrica.

Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2004). *Prática Baseada na Evidência - Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.

Deering, C., & Cody, D. (Março de 2002). Communicating effectively with children and adolescents. *American Journal of Nursing*, pp. 34 - 42.

Diogo, P. M. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro: Uma perspectiva emotiva-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.

Direcção Geral da Saúde. (s.d.). Obtido em 12 de Janeiro de 2012, de <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/PNCI-2007.pdf>

Direcção Geral da Saúde. (31 de Março de 2010). Circular Normativa Nº: 07/DQS/DQCO. Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

European Child Safety Alliance. (2009). *Child Safety Country Profile*. Obtido em 13 de Abril de 2011, de Web site do European Child Safety Alliance: www.childsafetyeurope.org/reportcards/info/portugal-country-profile.pdf

Fernandes, A. (2007). Editorial Enfermagem e Dor. *Dor*, p. 5.

Gomes, C. G., Trindade, G. P., & Fidalgo, J. M. (2009). Vivências de Pais de Crianças Internadas na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Referência*, Dezembro.

Haley, K., & Schweer, L. (2007). Pediatric Trauma Nursing Education Requirements: A National Overview. *Journal of Trauma Nursing*, 199-202.

Hockenberry, M., Wilson, D., & Winkelstein, M. (2006). *Enfermagem Pediátrica (7 Ed)*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Lisboa: INEM.

International Council of Nurses. (2011). *CIPE versão 2*. Geneva: Ordem dos Enfermeiros.

Kralik, D., Visentin, K., & Loon, A. v. (2006). Transition: a literature review. *Journal Compilation*, 320 - 329.

Kuliukas, L., King, S., & Ford, J. (2009). Just IN TIME: a multidisciplinary small group learning experience. *The Clinical Teacher*, 272-276.

Marinheiro, P. (2002). *Enfermagem de Ligação*. Coimbra: Quarteto Editora.

Meleis, A. I. (2005). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 12-28.

Ministério da Saúde. (2011). *Portal de Codificação e do GDH*. Obtido em 6 de Julho de 2011, de Portal do Ministério da Saúde: <http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/%22Politraumatizado%22>

Mul, M., & Berg, M. (2007). *Ebscohost*. Obtido em 13 de Novembro de 2011, de Web site da ebscohost: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=58&hid=105&sid=77a55bb0-086e-42f2-aaa1-d88ba55a5a92%40sessionmgr110>

National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS). (2002). *Traumatic Brain Injury: Hope Through Research*. Maryland: National Institute of Neurological Disorders and Stroke.

O'Connell, E. (2008). Therapeutic relationship in critical care nursing: a reflection on practice. *Nursing in Critical Care*, 138 - 143.

Ordaz, O. (2011). O Uso das narrativas como Fonte de Conhecimento em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, pp. 70 - 86.

Ordem dos Enfermeiros. (1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2004). *DIVULGAR - Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido em 02 de Novembro de 2011, de Web site da Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa, Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa, Lisboa, Portugal.

Ordem dos Enfermeiros. (Julho de 2011). Caderno Temático 4. *Modelo de Desenvolvimento Profissional: documento de operacionalização de competências e programas formativos. Progressividade e etapas*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Médicos . (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma*. Ordem dos Médicos.

Oregon Health&Science University. (2005). *Recomendações para o Tratamento Médico na Etapa Aguda do Traumatismo Cranioencefálico Grave em Lactentes, Crianças e Adolescentes*. Rosario - Argentina: Fundacion Alas.

Paul, S. P. (2011). Treatment and management of head injuries in children. *Emergency*, 22-26.

Pereira, A. M., Nunes, J., Teixeira, S., & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar em Enfermagem*, 24 - 38.

Ridley, S. (Setembro de 2004). Loved ones of seriously ill patients need information. *British Journal of Nursing*, pp. 1056 - 1060.

Sallum, A. M. (02 de agosto de 2010). *Revista Nursing*. Obtido em 14 de Junho de 2011, de Web site da Nursing: <http://www.nursing.com.br/article.php?a=1002>

Santos, F. M. (Outubro - Dezembro de 1999). Opiniões e Realidade. Elaboração de Protocolos. *Revista Enfermagem*, pp. 9 - 12.

Schrivers, J. A., Talmadge, R., Chuong, R., & Hedges, J. R. (Janeiro de 2003). Emergency Nursing: Historical, Current and Future Roles. *Emergency Nursing Overview*, pp. 798 - 804.

Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 119 - 127.

- Schvartsman, C., Carrera, R., & Abramovici, S. (Maio de 2005). Avaliação e transporte da criança traumatizada. *Jornal de Pediatria*, pp. 223 - 229.
- Sessler, C. N., & Wolfram, W. (14 de Maio de 2008). *Critical Care*. Obtido em 17 de Outubro de 2011, de BioMed Central Ltd: <http://ccforum.com/content/pdf/cc6147.pdf>
- Silva, A. P. (2007). "Enfermagem Avançada": um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina . *Servir*, pp. 11-20.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2002). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica* (Vol. Volume 1). Rio de Janeiro: Guanabara Kppgan.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (Janeiro de 2006). Decisão de não reanimar: reflexões, consensos e orientações. *Acta Pediátrica Portuguesa*, pp. 32 - 34.
- Society of Trauma Nurses. (2008). *Advanced Trauma Care for Nurses - Manual 2008 Edition*. USA: Society of Trauma Nurses.
- Tarrio, F. R. (2003). *Tratado de Cuidados Intensivos Pediátricos*. Madrid: Norma.
- Tavares, H. B., & Fonseca, H. (19 de Novembro de 2009). Avaliação dos recursos de atendimento ao adolescente nas unidades hospitalares portuguesas. *Acta Pediátrica Portuguesa*, pp. 154-159.
- Urden, D., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *THELAN'S Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Loures: Lusodidacta.
- Wenham, T., & Pittard, A. (2009). Intensive Care Unit Environment. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*, 9, 178-183.
- World Health Organization . (Outubro de 2002). *Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for Change*. Obtido em 17 de Maio de 2011, de Web da World Health Organization: http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf
- World Health Organization. (2004). *Guidelines for essential trauma care*. Obtido em 15 de Abril de 2011, de Web site da World Health Organization: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546409.pdf>
- World Health Organization. (Dezembro de 2008). *World Health Organization*. Obtido em 12 de Maio de 2011, de Web site da World Health Organization: http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Recommendations_portuguese.pdf
- Wurster, L. A., Coffey, C., Haley, K., & Covert, J. (2009). The Role of the Trauma Nurse Leader in a Pediatric Trauma Center. *Journal of Trauma Nursing*, 160 - 165.

ANEXOS

Anexo I - Resumo do Poster: “A CIPE no processo de aquisição de competências: o olhar de estudantes de mestrado”

Anexo II – Certificado do Curso: *“Qualidade e Técnicas de Auditorias – Acompanhamento e Melhoria Contínua das Unidades Prestadoras”*

Anexo III – Certificado das Jornadas: I Jornadas Helped Emergency “*O trauma na Criança e no Adulto*”

Anexo IV – Certificado do Curso: “*Curso de Formação Profissional de Ventilação Não Invasiva no Serviço de Urgência*”

Anexo V - Certificado do Curso: “*Curso Ventilação Não Invasiva – Segurança do Doente nos Procedimentos Invasivos*”

Anexo VI - Resumo do Poster: *“Comunicar com a família/pessoas significativas do doente crítico internado em UCI: uma intervenção fundamental no cuidado especializado em enfermagem”*

Anexo VII: Declaração comprovativa de aceitação para publicação do artigo:
“Controlo da dor no doente inconsciente - revisão sistemática da literatura”

Anexo VIII – Declaração comprovativa de aceitação de artigo para publicação e artigo: “*Dor aguda no doente crítico em pediatria – Intervenções de Enfermagem*”

Anexo IX – Protocolo referente a drenagem de pneumotórax hipertensivo

**Anexo X – Protocolo referente a cuidados de enfermagem a cliente vítima de
traumatismo vertebro-medular**

**Anexo XI – Protocolo referente aos cuidados de enfermagem ao cliente com
Drenagem Torácica**

Anexo XII – “*Formação em Trauma Pediátrico da Equipa de Enfermagem*”

Anexo XIII – “Dificuldades sentidas na prestação de cuidados à vítima em idade pediátrica: aspectos positivos e aspectos a melhorar”

**Anexo XIV – “Observação de prestação de cuidados de enfermagem à pessoa
vítima de trauma em idade pediátrica”**

Anexo XV – Apreciação dos Enfermeiros Orientadores